



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

Informe de experiencias profesionales en el ámbito clínico y de la salud, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Seguro Social del Perú, Essalud : trastorno mixto ansioso depresivo con rasgo de personalidad dependiente

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psicología de la Clínica y de la Salud

AUTOR

Rosa Otilia Tamayo Vargas

LIMA – PERÚ
2014

DEDICATORIA

**A MIS PADRES, PORQUE ME DIERON LO MEJOR DE ELLOS
PARA SER QUIEN SOY**

**A MI ESPOSO E HIJA POR SU AMOR Y SU COMPAÑÍA
INCONDICIONAL**

**A MIS MAESTROS QUE ME ENSEÑARON A ASUMIR CON AMOR
Y RESPONSABILIDAD EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA
PSICOLOGÍA**

ÍNDICE

INFORMACIÓN GENERAL	5
INTRODUCCIÓN.....	6
I. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	8
1.1. Nombre del Centro.....	8
1.2. Ubicación del Centro.....	8
1.3. Características de la infraestructura.....	8
1.4. Reseña histórica del Servicio de Psicología.....	9
1.5. Visión y misión del Servicio de Psicología	12
1.6. Organización funcional del Servicio de Psicología	12
1.7. Datos estadísticos del Servicio de Psicología (años 2012 y 2013).....	16
II. OBJETIVOS DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA	19
III. ÁREA DE TRABAJO.....	20
3.1. Características del área de Hospital de Día	20
3.2. Datos estadísticos de las atenciones en hospitalización parcial	24
3.3. Actividades psicológicas en Hospital de Día	33
3.3.1. Procedimientos diagnósticos	33
Evaluación y diagnóstico psicológico	33
3.3.2. Procedimientos terapéuticos.....	38
Psicoterapia grupal	38
Dibujoterapia.....	40
Psicoterapia de cierre	42
Terapia psicológica individual	44
Video fórum.....	45
Terapia de pareja y familia	46
Otras actividades asistenciales	48
Actividades de capacitación e investigación.....	49
IV. CASO CLÍNICO	50

4.1.	Anamnesis	50
4.2.	Informe Psicológico.....	59
4.3.	Intervención Terapéutica.....	65
	Sustento Teórico.....	65
	Programa de Intervención Psicoterapéutica.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		84

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRES Y APELLIDOS: ROSA TAMAYO VARGAS

LUGAR DONDE LABORA: Hospital Nacional Edgardo
Rebagliati Martins
Servicio De Psicología

AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL: 26 Años

HORARIO DE TRABAJO: Lunes, Martes, Jueves
Viernes: 8.00am – 2.00pm
Miércoles: 8.00am – 4.00pm
Sábado: 8.00am – 12.00m

ÁREA DE TRABAJO:

Hospitalización Parcial – Unidad de Hospital de Día

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene la intención de mostrar nuestra actividad profesional en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Aunque iniciamos el ejercicio de la profesión en el Instituto de Salud Mental del entonces IPSS por el año 1988, después de algunos acontecimientos políticos y administrativos pasamos a ser parte de este gran centro hospitalario de EsSalud.

En aquellos años nos invitaron a ser parte del área de Hospital de Día, con mucha expectativa y entusiasmo aceptamos el reto, pues era una nueva modalidad de intervención y apenas me iniciaba en el mundo de la psicoterapia. Hospital de Día me permitió crecer como profesional y como persona, lograr trabajar en equipo respetando la función de cada profesional; fue un trabajo arduo que a lo largo del tiempo se logró consolidar, y como parte de este gran grupo humano, dejar en alto la labor del psicólogo fue siempre nuestra motivación.

Como psicoterapeuta me siento en la obligación de seguir ampliando mi formación profesional, por ello con mucho entusiasmo iniciamos la segunda especialidad, que me ha permitido ver de forma aún más holística a mis pacientes, pues en los últimos años hay un incremento de patologías físicas, que además traen un contenido emocional.

En el presente trabajo describo las características de la modalidad de la Hospitalización Parcial y con el enfoque gestáltico, enfoque en el que creemos y que a lo largo de todos estos años de labor profesional nos ha permitido facilitar la mejoría de la salud mental de los pacientes que acuden

a nuestro servicio y a sus familias y por ende a parte de nuestra sociedad. Hemos favorecido fortalecer en nuestros usuarios el autoapoyo, la responsabilidad y libertad para elegir cómo llevar sus vidas, liberarse de aquellos malos recuerdos que les causa dolor y genera relaciones de conflicto.

Nuestro caso clínico refleja la labor cotidiana, por ser un diagnóstico frecuente y con características de personalidad también de alta incidencia. Hemos tratado de sistematizar la intervención Psicoterapéutica o trabajo terapéutico como lo llamamos los gestálticos, de tal forma que se tenga una visión amplia de lo que Hospital de Día propone como alternativa de tratamiento, logrando en corto tiempo y con bajos costos la mejoría de la salud mental de nuestros pacientes.

Como psicóloga, me siento muy orgullosa que en todos estos años, la especialidad ha podido alcanzar un alto nivel dentro del equipo terapéutico, contribuyendo no solamente al diagnóstico como tradicionalmente se hace en las áreas de Salud Mental, si no en liderar conjuntamente con el médico psiquiatra al equipo multidisciplinario en cuanto a los programas y objetivos de intervención psicoterapéutica de cada uno de los pacientes que se atiende en este servicio. Nuestra contribución con los estudios de la especialidad en Psicología Clínica y de la Salud favorece el manejo de aquellos usuarios que requieren verlos en forma integral y que no son sólo pacientes que traen una sintomatología de compromiso emocional en que hay que abordar sólo su depresión y ansiedad.

Creemos que este trabajo muestra una pequeña parte del quehacer diario como profesional de la psicología de uno de los hospitales más renombrados del país.

I. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

1.1 Nombre del Centro :

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud

Este hospital inicia sus labores el 3 de noviembre de 1958 durante el gobierno del entonces presidente Manuel Prado. Contaba con un personal de 167 médicos y enfermeras. Inicialmente se llamó Hospital del Empleado y su primer director fue el doctor Guillermo Kaelin.

En 1975 el Hospital del Empleado cambió de nombre y fue denominado Edgardo Rebagliati Martins, en reconocimiento al abogado encargado de implementar el Seguro Social del Empleado en nuestro país.

1.2 Ubicación del Hospital:

EL HNERM se encuentra ubicado en la Avenida Rebagliati s/n
- Distrito de Jesús María Cuadra 14 de la Av. Salaverry.

1.3 Características de Infraestructura

El Hospital cuenta con 14 pisos donde funcionan 85 especialidades médicas; el nosocomio cuenta con cinco unidades especializadas en cuidados intensivos (medicina general, neuroquirúrgica, cardiovascular, pediatría y neonatología).

En el primer piso funcionan las áreas de consulta externa y exámenes de laboratorio y radiológicos, farmacia y la parte administrativa. En los demás pisos se cuenta con áreas de

hospitalización distribuidas en 3 bloques A, B y C donde se realizan procedimientos, cirugías y la hotelería a los pacientes internados.

En zonas anexas al edificio principal funcionan las Emergencias de Adultos, pediátrica y obstétrica. A unos metros de este centro se encuentra el Departamento de Salud Mental, que cuenta con un área de consulta externa y de hospitalización, así como la emergencia y farmacia de la especialidad. Esta estructura es de un solo piso, donde funcionan los servicios de Farmacodependencia, Hospitalización Parcial, Hospitalización I y II, Emergencia de Salud Mental, Farmacia y Jefatura Médica. Cuenta con parqueo para vehículos y ambulancias.

1.4 Reseña Histórica del Servicio de Psicología

En el año 1962 se crea la Unidad de Psicología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (ex Hospital Central N° 2, ex Hospital del Empleado) dependiente estructuralmente del Servicio de Psiquiatría, siendo el Primer Jefe de la Unidad de Psicología el Dr. Luis Estrada de los Ríos, docente universitario, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quien ostentaba el grado Académico de Doctor en Psicología. En el año 1963, ingresa a laborar en la Unidad de Psicología la Dra. Ernestina Chávez, quien también era docente de la Universidad de San Marcos.

En el quinquenio 1971-1975 ingresan destacados psicólogos: Eduardo Valdizán, Julio Santos, Elsa Rodríguez, Luz Flores y Saida Valcarcel; las bachilleres Fina de Olarte y Teresa Pozo, incrementándose el personal de la Unidad de Psicología así como su productividad que comenzaba a ampliarse a otras áreas del Hospital como Medicina Física y Rehabilitación.

Por el año 1980, los requerimientos de la atención psicológica se incrementan, siendo necesario la contratación de nuevos psicólogos, es así que entre los años 1981 y 1986 ingresan a laborar a la Unidad de Psicología un grupo importante de psicólogos.

El Dr. Luis Estrada con una visión de futuro a la creación de la Psicología Clínica y de la Salud, organiza el desplazamiento de los Psicólogos a diferentes Servicios del Hospital como Neurología, Pediatría, Hemodiálisis, Medicina Preventiva, Obstetricia, Gastroenterología y Rehabilitación. Esta situación genera en 1986 la necesidad de la creación del Departamento de Psicología, terminando la dependencia estructural del Servicio de Psiquiatría.

En la Nueva Macro estructura del Hospital Rebagliati del año 1986, el Departamento de Psicología pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y al Tratamiento, con 4 Servicios:

- 1) Servicio de Psicología de Salud Mental a cargo del Psicólogo Dr. Eduardo Valdizán.
- 2) Servicio de Psicología de Neuropsicología a cargo del Psicólogo Dr. Julio Santos.
- 3) Servicio de Psicología de Rehabilitación a cargo de la Psicóloga Dra. Elsa Rodríguez.
- 4) Servicio de Psicología de Madre-Niño a cargo de la Psicóloga Dra. Gloria Díaz.

Es en ésta Gerencia donde los Psicólogos logran un mayor desarrollo tanto con el trabajo asistencial como en la investigación, que fueron expuestas en congresos Nacionales e internacionales.

A comienzos del año 1992, después de más de 30 años al servicio del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el Dr. Luis Estrada de los Ríos, reconocido ícono de la Psicología en el Perú, solicita su pase al retiro, asumiendo la Jefatura del Departamento de Psicología la Dra. Gloria Díaz Acosta.

Posteriormente la Dirección de Salud Mental del Hospital Rebagliati realiza gestiones ante las autoridades a fin de que Psicología nuevamente pase a depender de Salud Mental. Requerimiento que fue aceptado y el Departamento de Psicología es reestructurada, quedando 2 Servicios:

- 1) El Servicio de Psicología Hospitalaria a Cargo de la Psicóloga Dra. María del Carmen Torres y
- 2) El Servicio de Psicología de Enlace a cargo de la Psicóloga Dra. Gloria Díaz.

Posteriormente, al convertirse la Dirección de Salud Mental en Departamento, Psicología pasa a convertirse en Servicio a cargo de la Psicóloga Dra. Gloria Díaz Acosta (1995).

Luego de una reorganización en el Departamento de Salud Mental, el Servicio de Psicología, para satisfacción de los Psicólogos, nuevamente pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y al Tratamiento.

En 1996, asume la Jefatura del Servicio de Psicología la Psicóloga Dra. Berenice de la Torre Sobrevilla, hasta el año 2011, cuya gestión se caracterizó por sistematizar el trabajo de los Psicólogos acorde a las nuevas exigencias laborales, con guías y protocolos de trabajo, propiciando un buen clima laboral. En el año 2012 continua su labor el Psicólogo Dr. Jorge Landauro Quiñe y en la actualidad viene asumiendo la jefatura el Psicólogo Dr. Ramón Vera Cortegana.

Cabe señalar que los psicólogos pasamos momentos muy difíciles en la dependencia con Psiquiatría, cuya característica principal era un clima laboral negativo para nuestras justas aspiraciones como profesionales liberales, con una ley que nos reconoce la ACTIVIDAD FINAL en el ejercicio profesional. Cabe resaltar que la plana de Psicólogos por su motivación de Servicio a los Asegurados, no han escatimado esfuerzos para capacitarse en Maestrías, Doctorado y Segunda Especialidad. En la actualidad somos 38 psicólogos en el Hospital además de los profesionales psicólogos de las clínicas que pertenecen a la Red Asistencial Rebagliati.

1.5 Visión y Misión del Servicio de Psicología

Misión:

“Somos un servicio que brinda atención psicológica con calidad y eficiencia, ofreciendo adecuados servicios asistenciales preventivo promocionales y recuperativos, que persigue el bienestar emocional de los asegurados para satisfacer sus necesidades y mejorar la calidad de vida”

Visión:

“Ser un servicio líder en el ámbito de la psicología de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”

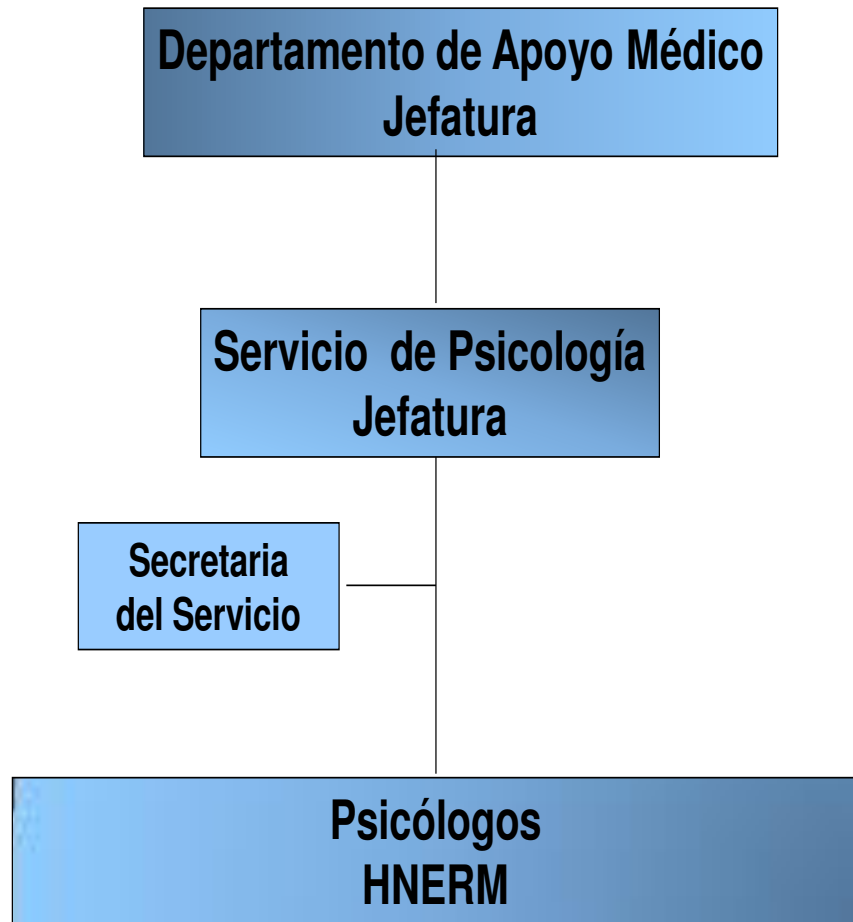
1.6 Organización Funcional del Servicio

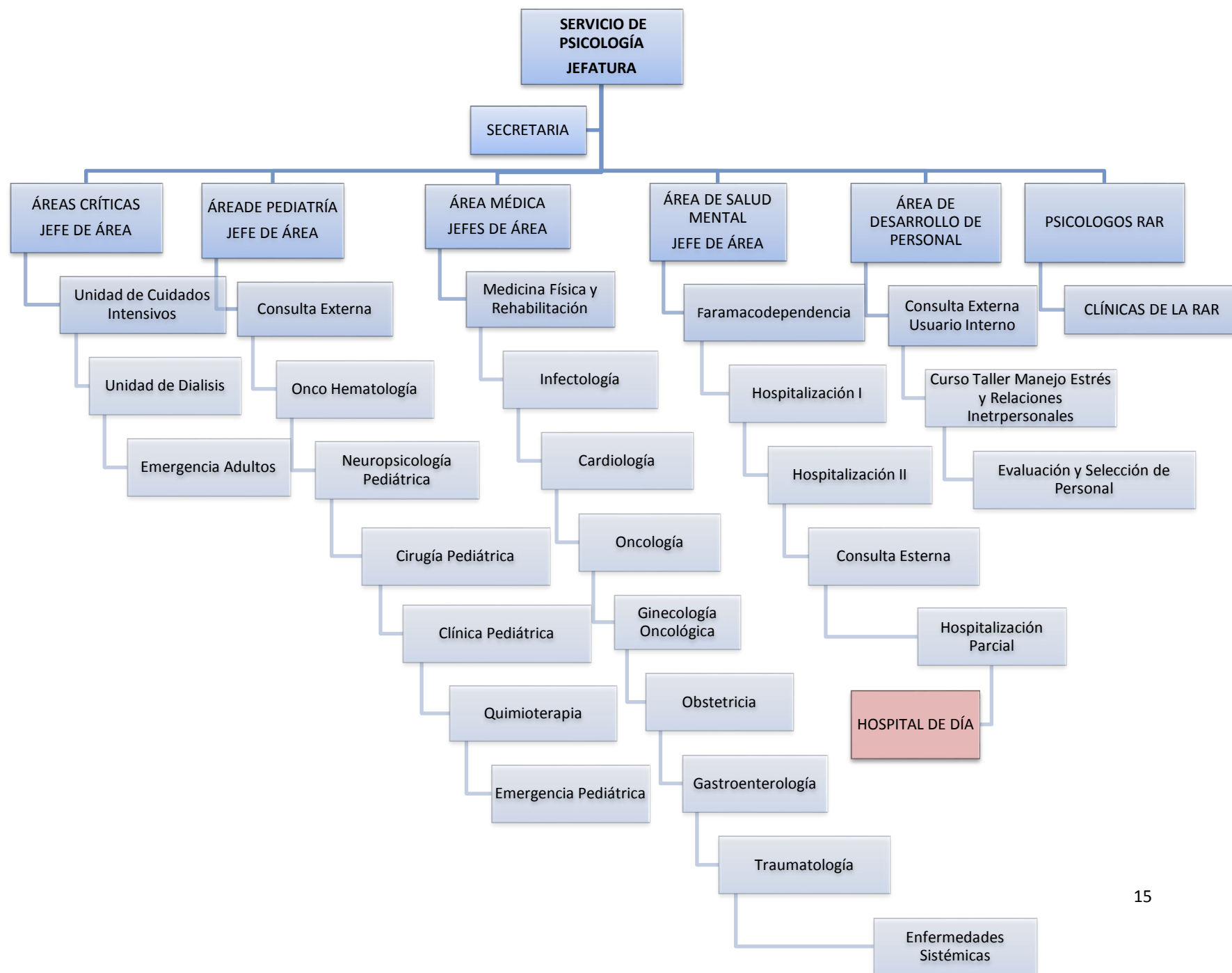
Es un órgano que estructural y funcionalmente forma parte del Departamento de Apoyo Médico de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y al Tratamiento y cumple funciones de atención

psicológica altamente calificada y especializada en aspectos de evaluación, diagnóstico y tratamiento, tanto a nivel clínico como laboral, contribuyendo de este modo en proporcionar servicios de salud integrales y así cumplir con los objetivos institucionales.

En los siguientes organigramas veremos la dependencia estructural y funcional del Servicio de Psicología.

ESTRUCTURA ORGANICA





**1.7 Datos Estadísticos de la Producción Del Servicio De
Psicología 2012 – 2013**

ACTIVIDADES PSICOLOGICAS	2012	2013	TOTALES
1. Consulta. Externa y Hospitalización (Pacientes Nuevos))	26237	24968	51205
2. Procedimientos de Psicología			
2.1. Procedimientos Diagnósticos	14807	14723	29530
2.2. Procedimientos Terapéuticos	31072	32404	63476
2.3 Procedimientos Preventivo Promocionales	6830	5857	12687
TOTALES	52709	52984	105693

*Cuadro N°1 Número de Atenciones y Procedimientos durante los años 2012 - 2013.
Servicio de Psicología HNERM*

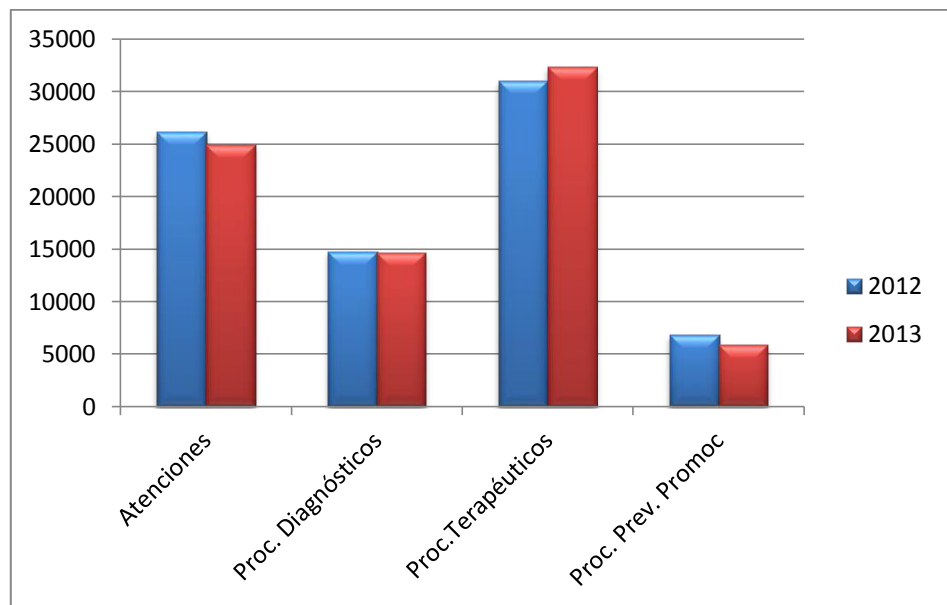


Gráfico N°1: Distribución de Atenciones y Procedimientos durante los años 2012 – 2013. Creación Propia

DIAGNÓSTICOS	2012		2013	
	Consulta Externa	Hospitalización	Consulta Externa	Hospitalización
Trastorno De Adaptación	4037	7979	3148	7764
Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	1540	1909	1645	1719
Episodio Depresivo	1469	2092	958	2263
Trastorno Cognitivo Leve	323	654	178	741
Trastorno de Conducta	387	216	356	221
Trastorno Esquizofrénico	321	420	269	816
Trastorno de Hiperactividad	282	33	224	118
Trastorno del Habla y del Lenguaje	324	147	226	172
Demencia	360	421	387	653
Retardo Mental	112	56	138	83
Retardo del desarrollo	139	173	110	69
Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida	126	98	31	188
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	40		104	129
Otros	1007	1200	1124	1124

Cuadro N°2: Diagnósticos más frecuentes en el Área Ambulatoria y Hospitalización en el año 2012 y 2013. Servicio de Psicología

II. OBJETIVOS DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

- Brindar atención psicológica a los pacientes que la requieren correspondientes al nivel III, que son transferidos de los diferentes servicios médicos o entidades.
- Prevenir los riesgos y daños psicológicos, promoviendo su salud, la recuperación y rehabilitación para su retorno a la vida autónoma e independiente.
- Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención psicológica, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.
- Elaborar y proponer la meta anual, la planificación de las actividades correspondientes.
- Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia en el marco de los convenios correspondientes y la supervisión y evaluación del internado de psicología.
- Realizar actividades de prevención y promoción de salud psicosocial intra y extra hospitalarios, en coordinación con los servicios del hospital y los centros asistenciales de menor nivel de atención.

III. ÁREA DE TRABAJO

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL - HOSPITAL DE DÍA

Esta área viene brindando sus servicios a los pacientes asegurados durante 26 años, teniendo como precursores a un equipo de Salud del Hospital Almenara que inician la modalidad de la **Hospitalización Parcial** con un enfoque terapéutico de corte humanista. Por razones institucionales y políticas, en el año 1988 se cohesionan algunos profesionales del Hospital Almenara y del Hospital Rebagliati en el entonces Instituto de Salud Mental, el cual contaba con servicios como Consulta Externa, Hospitalización, Salud Mental Comunitaria y Hospital de Día. Posteriormente, por razones institucionales, se convierte este instituto en el Departamento de Salud Mental del Hospital Rebagliati.

Los profesionales que conforman el actual Hospital de Día inician sus actividades con una nueva organización en cuanto a la distribución de terapias y con la participación de todo un equipo multidisciplinario, modalidad que sigue en vigencia.

3.1. CARACTERÍSTICAS DEL ÁREA:

La característica de la Hospitalización Parcial es que los pacientes asistan en forma obligatoria todos los días de 8.00 am a 3.00 pm para recibir sus terapias. Los pacientes que laboran tienen derecho a un descanso médico. Tiene como ventaja que no genera gastos de hotelería a la institución y favorece que apliquen las nuevas conductas en su ámbito familiar y social.

Su enfoque humanista facilita ver al paciente no sólo a través de su patología mental sino como un todo, extendiendo la atención a su medio familiar.

Hospital de Día atiende pacientes con las siguientes patologías: distimia, trastornos mixtos, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad, trastornos de adaptación y estrés que impiden o dificultan su desenvolvimiento general, social, familiar y laboral; bajo la modalidad de clínica de día, brindando atención especializada en evaluación, diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico intensivo, desde una perspectiva multidisciplinaria.

El enfoque psicoterapéutico es preferentemente Gestáltico, también se utilizan otros enfoques como el psicodrama, análisis transaccional y cognitivo conductual. En nuestro caso utilizamos gestalt y psicodrama gestáltico.

Cuenta con tres equipos terapéuticos cada uno conformado por un médico psiquiatra, psicólogo, enfermera y asistente social.

Se ofrecen a los asegurados las siguientes modalidades de tratamiento:

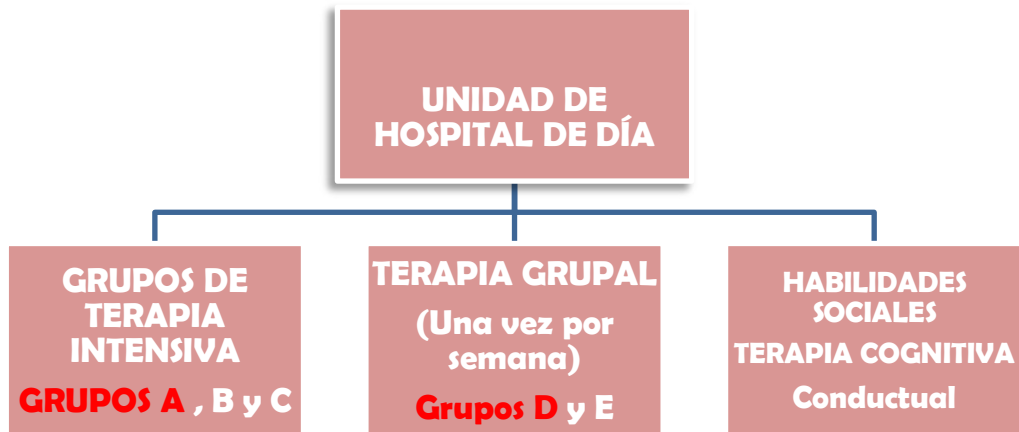
HOSPITAL DE DÍA: Terapia Intensiva (Lunes a Viernes de 8.00 – 3.00)
En la unidad de Hospital de Día los pacientes están agrupados en 3 Grupos, A, B y C con un número no mayor de 20 pacientes cuyo tratamiento tendrá una duración de 45 días aproximadamente.
TERAPIA GRUPAL GESTÁLTICA (una vez por semana de 12.00 – 4.00)
En las terapias Grupales de una vez por semana, funcionan 3 Grupos: D, E y F con un número de 15 pacientes, el tratamiento tiene una duración promedio de 20 semanas. A estos grupos son derivados los pacientes que tienen menor problemática o que por razones laborales o de otra índole no pueden asistir al programa intensivo de Hospital de Día
PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL

Los pacientes vienen referidos de las clínicas de la red y de otros centros asistenciales pertenecientes a otras redes, debido que este servicio es único en su modalidad en EsSalud. Los pacientes admitidos al servicio son evaluados por todas las especialidades y reciben las terapias programadas a cargo del equipo multidisciplinario.

El Servicio de Hospitalización Parcial está conformado por las siguientes unidades:



Servicios que ofrece Hospital de Día



3.2. DATOS ESTADÍSTICOS DE LAS ATENCIONES EN HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

Presentaremos cuadros y gráficos relacionados a las atenciones realizadas y datos de los pacientes del Grupo A y D donde brindamos la atención psicológica correspondiente al área

MESES	F41.2		F43.2		F34.1		F33.2		F33.1		F32.1		F32.2		F41.1		OTROS		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
ENERO	9	2	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	15
FEBRERO	4	1	1	0	0	0	1		2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	10
MARZO	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	8
ABRIL	5	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
MAYO	2	2	3	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
JUNIO	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
JULIO	4	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	9
AGOSTO	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4
SETIEMBRE	3	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	9
OCTUBRE	1	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
NOVIEMBRE	6	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	10
DICIEMBRE	2	0	0	0	0	0	1	0	4	0	1	0	0	0	0	0	1	0	9
	42	9	7	0	3	2	11	2	13	1	6	1	2	0	0	1	2	0	102

Cuadro N° 3: Diagnósticos más frecuentes por sexo en el 2012 – Grupo A. Libro de Ingresos de Hospital de Día

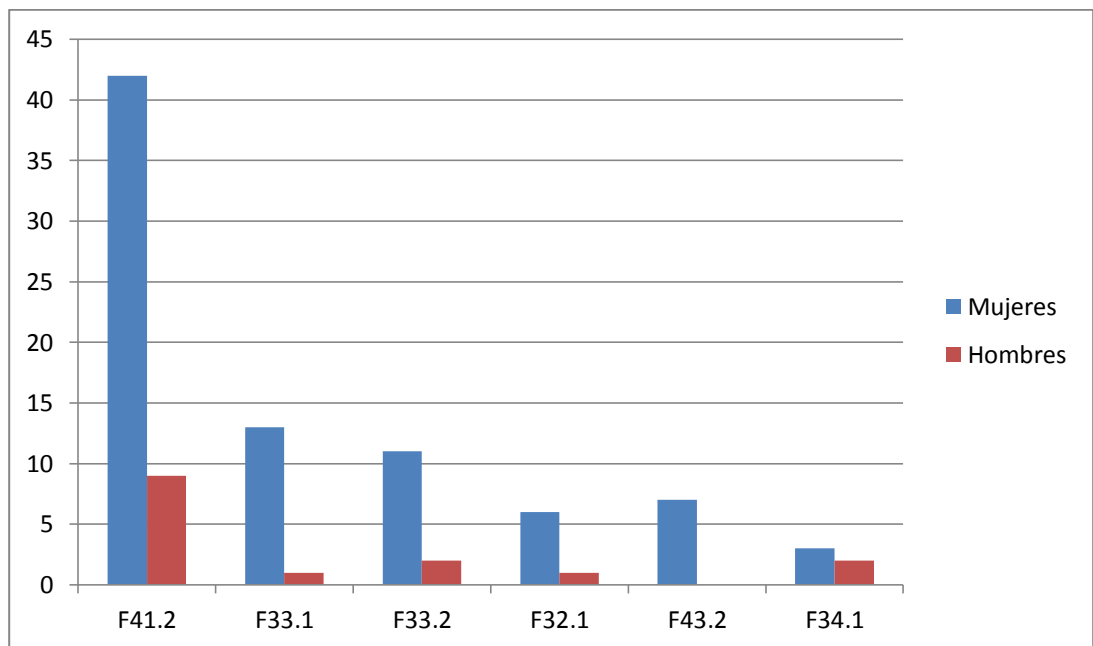


Gráfico N° 2: Distribución de Diagnósticos y Sexo durante el año 2012 en el Grupo A.
Creación Propia

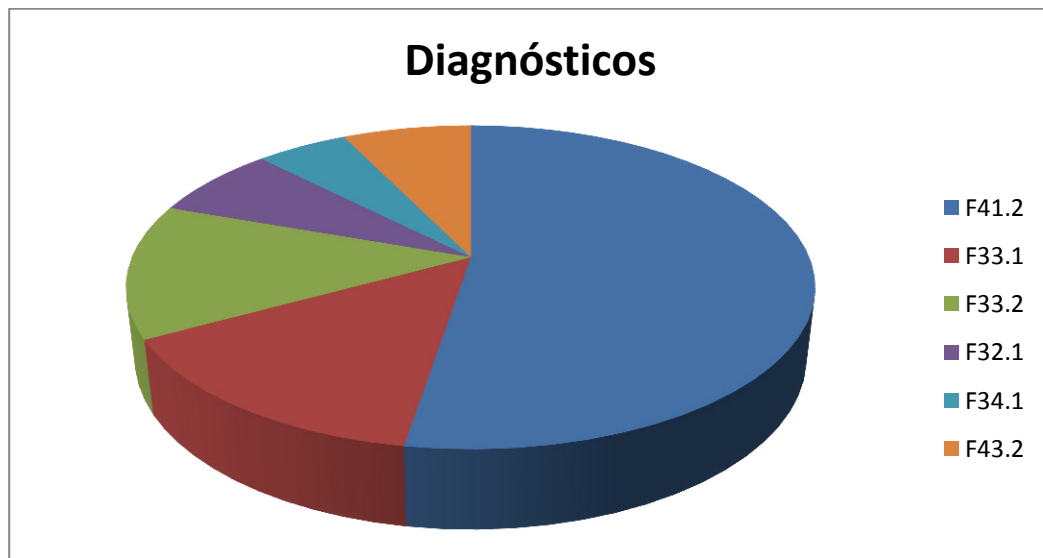


Gráfico N° 3: Distribución de los Diagnósticos más frecuentes en el 2012 – Grupo A.
Creación Propia

MESES	F41.2	F43.2	F34.1	F33.2	F33.1	F32.1	F32.2	F41.1	F41.0	Otros	TOTAL										
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
ENERO	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
FEBRERO	4	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	12
MARZO	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	8
ABRIL	3	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	9
MAYO	4	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
JUNIO	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
JULIO	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
AGOSTO	2	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
SEPTIEMBRE	2	0	2	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8
OCTUBRE	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5
NOVIEMBRE	4	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	8
DICIEMBRE	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	8
TOTAL	35	4	11	4	2	0	11	0	3	0	2	1	2	1	0	1	4	1	0	0	88

Cuadro N° 4: Diagnósticos más frecuentes por sexo en el 2013 – Grupo A. Creación Propia

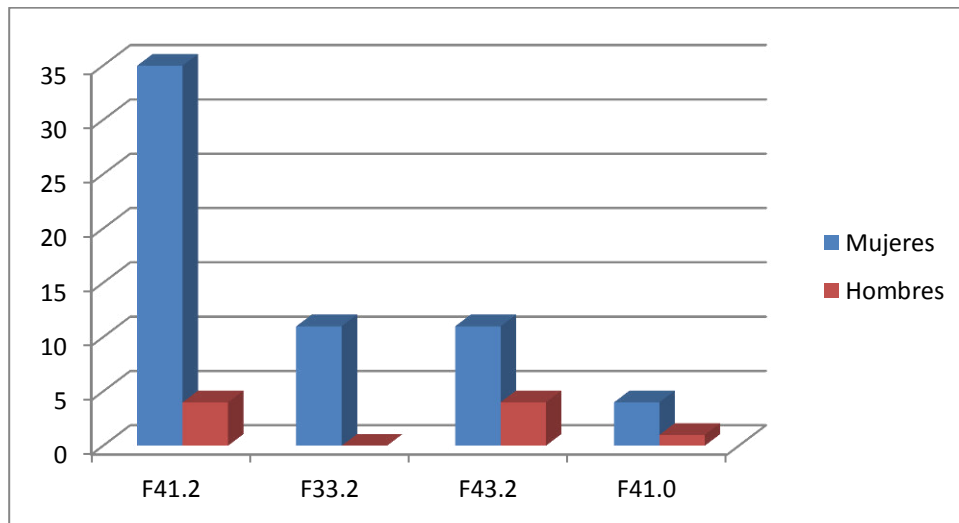


Gráfico N° 4: Distribución de Diagnósticos y Sexo durante el año 2013 – Grupo A.
Creación Propia

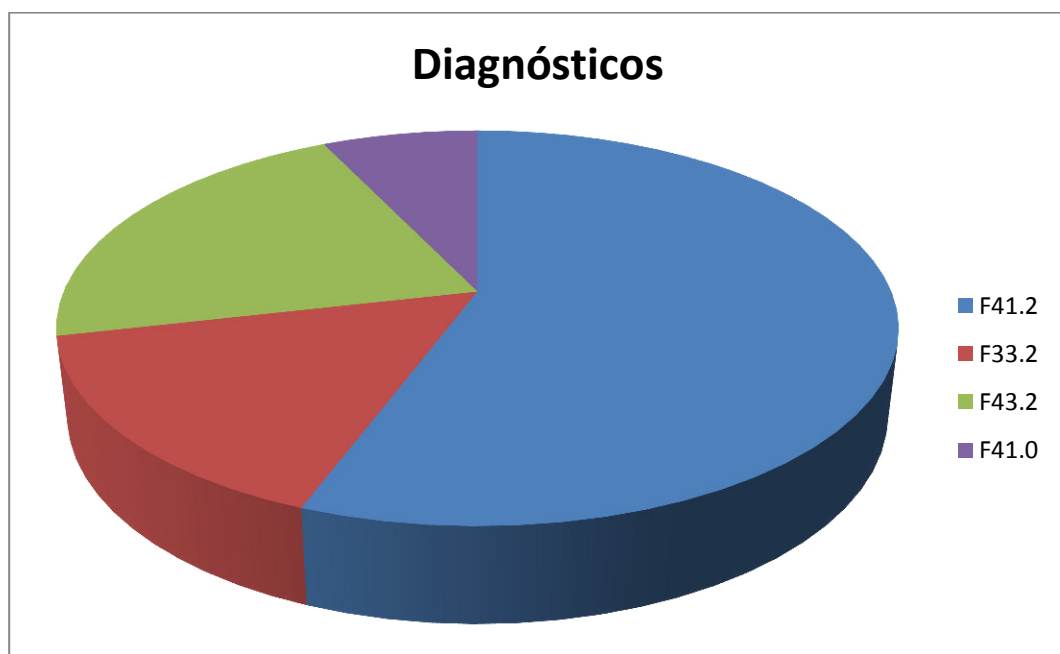


Gráfico N° 5: Distribución de los Diagnósticos más frecuentes en el 2013 – Grupo A.
Creación Propia

EDAD	SEXO		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
20-30	8	1	9
31-40	30	7	37
41-50	24	5	29
51-60	22	3	25
61- +	2	0	2
TOTAL	86	16	102

Cuadro N° 5: Edad y sexo de pacientes del Grupo A en el 2012. Creación Propia

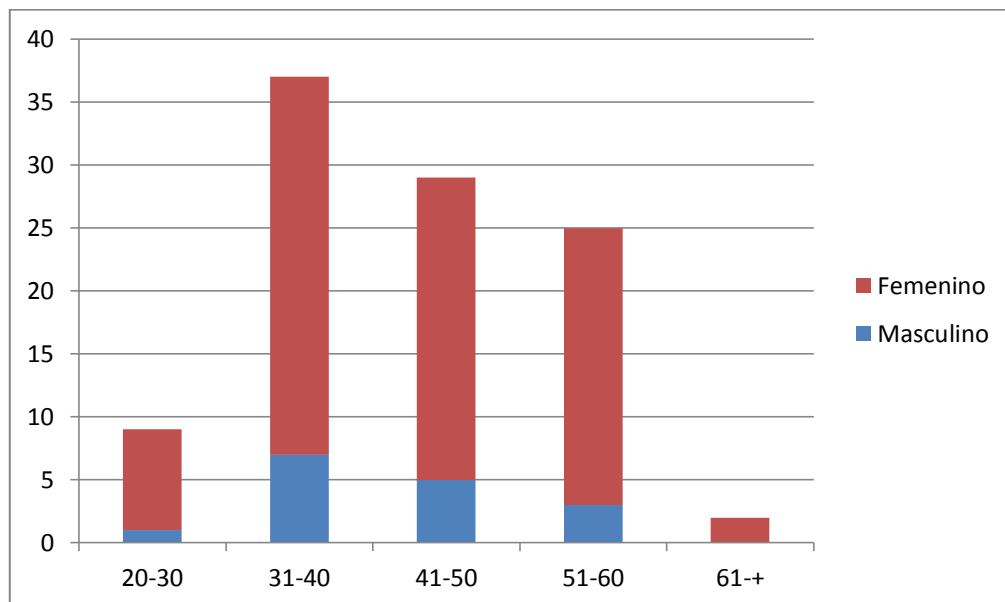


Gráfico N° 6: Distribución por edad y sexo de pacientes del Grupo A en el 2012. Creación Propia

EDAD	SEXO		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
Menor a 20	2	1	3
20-30	10	2	12
31-40	10	2	12
41-50	25	3	28
51-60	26	3	29
61- +	3	1	4
TOTAL	76	12	88

Cuadro N° 7: Edad y sexo de pacientes del Grupo A en el 2013. Creación Propia

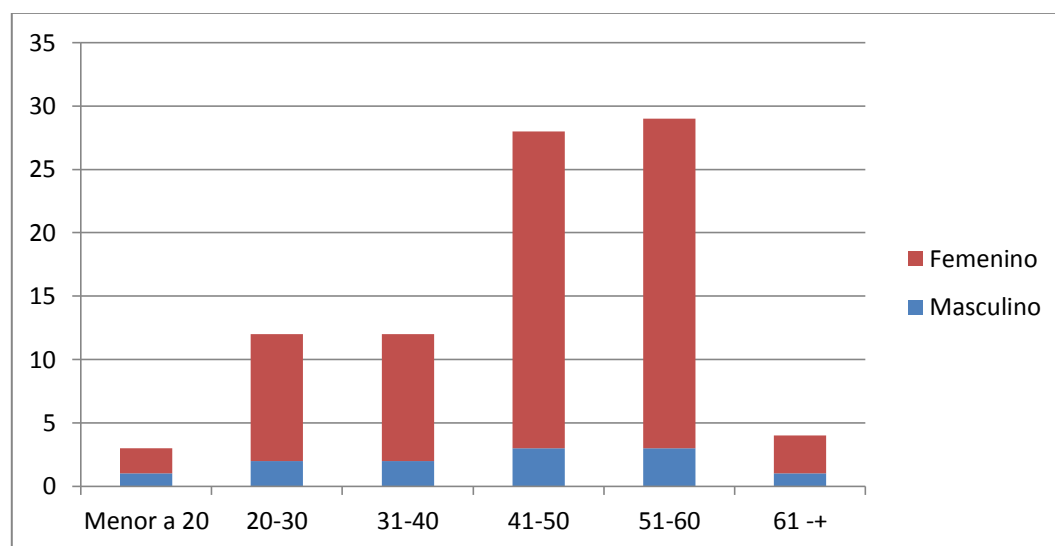


Gráfico N° 7: Distribución por edad y sexo de pacientes del Grupo A en el 2013. Creación Propia

MESES	F41.2		F43.2		F32.1		OTROS		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	
ENERO	5	0	0	0	0	0	0	0	5
FEBRERO	6	1	3	0	2	0	0	0	12
MARZO	4	0	0	0	0	0	0	0	4
ABRIL	1	0	0	0	0	0	0	0	1
MAYO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JUNIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JULIO	5	0	1	0	1	0	0	0	7
AGOSTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SETIEMBRE	1	1	0	0	0	0	0	0	2
OCTUBRE	2	1	0	0	0	0	0	0	3
NOVIEMBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DICIEMBRE	2	1	0	0	0	0	0	0	3
TOTAL	26	4	4	0	3	0	0	0	37

Cuadro N° 8: Diagnósticos más frecuentes por sexo en el 2013 – Grupo D. Creación Propia

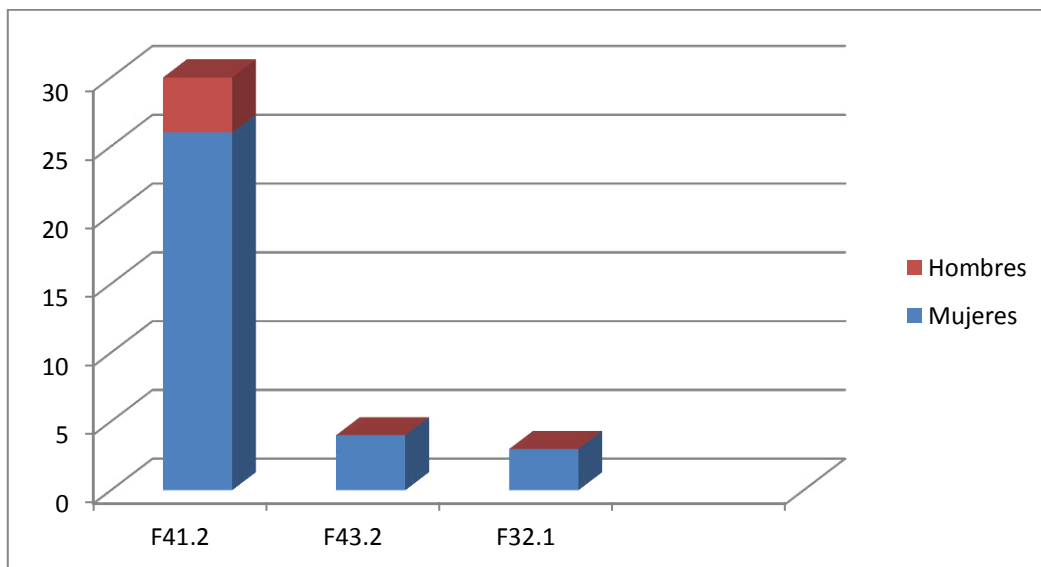


Gráfico N°8: Distribución por diagnósticos y sexo en el 2013- Grupo D. Creación Propia

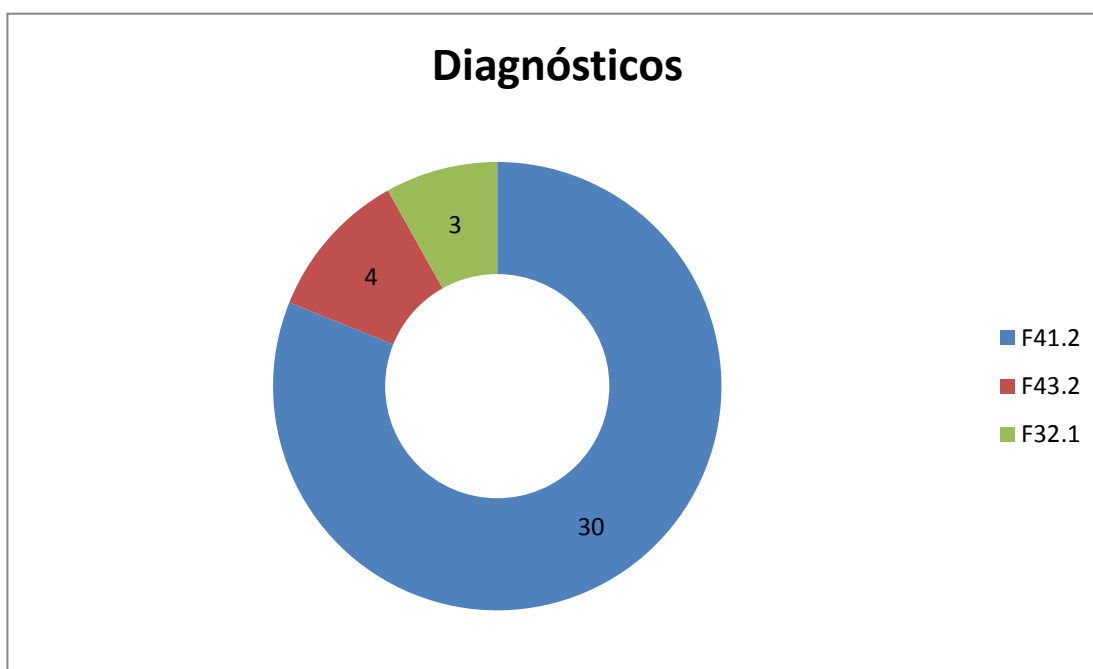


Gráfico N°9: Distribución por diagnósticos en el 2013 - Grupo D. Creación Propia

ACTIVIDADES PSICOLOGICAS	2012	2013	TOTALES
1. Atención Psicológica	102	88	190
2. Procedimientos de Psicología			
2.1. Procedimientos Diagnósticos	339	299	638
2.2. Procedimientos Terapéuticos			
2.2.1 Terapias Grupales	388	409	797
2.2.2 Terapia Individual	192	172	364
2.2.3 Terapia Familiar y/o Pareja	54	58	112
TOTALES	1075	1026	2101

Cuadro N°9: Número de Atenciones y Procedimientos en Hospital de Día en el 2012- 2013. Estadística Mensual durante el 2012 y 2013

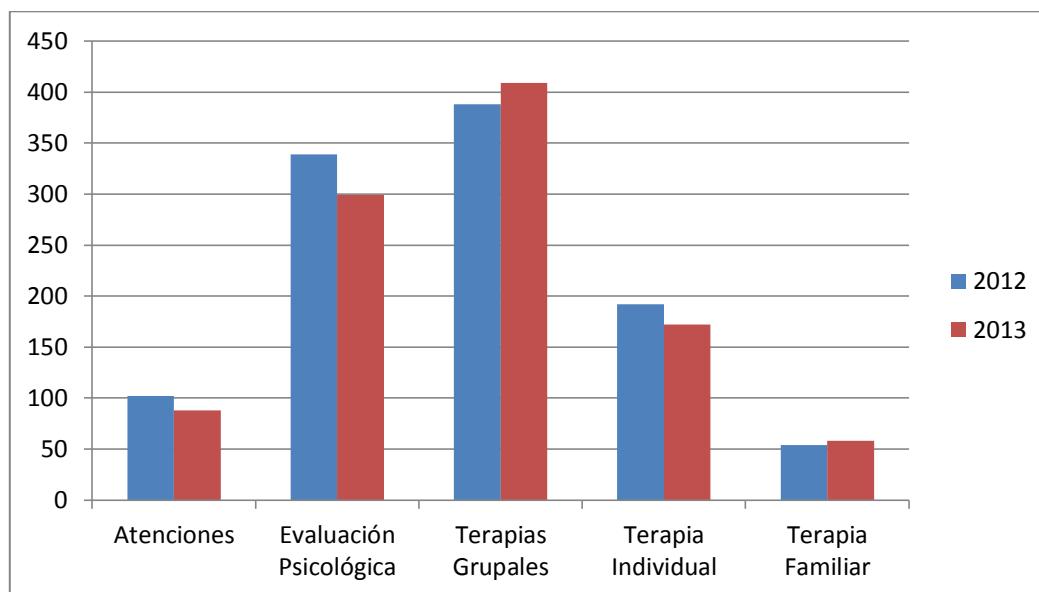


Gráfico N°10: Distribución de Atenciones y Procedimientos en Hospital de Día en 2012 – 2013. Creación Propia

3.3. ACTIVIDADES PSICOLÓGICAS EN HOSPITAL DE DÍA

3.3.1 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Evaluación y diagnóstico psicológico: se realiza a fin de obtener el perfil de personalidad de los pacientes que son admitidos en el Servicio de Hospital de Día.

Consta de una entrevista inicial que tiene una duración de 20' y de 3 a 4 sesiones de evaluación y de aplicación de test psicológicos que tienen una duración de 45' por sesión. Esta evaluación se realiza en tres turnos semanales programados.

Objetivos:

- Evaluar el estado psicológico del paciente en las áreas de inteligencia y personalidad
- Identificar aspecto psicopatológicos de la personalidad
- Descartar lesión orgánica cerebral
- Establecer el diagnóstico Psicológico
- Elaborar la gráfica del perfil psicológico

N° Paso	PROCEDIMIENTO
1	Citar a los pacientes nuevos
2	Entrevista Psicológica
3	Entrega del material psicológico
4	Aplicación de batería psicológica
5	Procesamiento de los datos
6	Análisis e Interpretación de los resultados
7	Determinar el Diagnóstico Psicológico
7	Elaboración del Informe.
8	Incluir el informe psicológico en la historia clínica

Batería de Pruebas Psicológicas:

ÁREA DE PERSONALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Test de la Figura Humana de Machover ✓ Inventario de Cociente Emocional ICE BarOn ✓ INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON II. ✓ Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI, (Ab)
ÁREA DE ORGANICIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Test Gestáltico Visomotor de Bender ✓ Test de Retención Visual de Benton

FICHAS TÉCNICAS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII)	
Autor(es)	Theodore Millon
Forma de Aplicación	Individual y Colectiva
Duración	De 45 a 60 minutos aprox.
Edad de Aplicación	18 años en adelante
Objetivo	Permite medir dificultades emocionales, sea trastornos comportamentales primarios o síndromes clínicos.

Inventario de Cociente Emocional ICE BARON	
Autor(es)	Reuven BarOn
Forma de Aplicación	Individual y Colectiva
Duración	30 – 50 min.
Edad de Aplicación	16 años en adelante
Objetivo	Evalúa la inteligencia emocional y está compuesto por cinco dimensiones: Intrapersonal, interpersonal, manejo de estrés, estado de ánimo, adaptabilidad o ajuste.

Test de la Figura Humana de Karen MACHOVER	
Autor(es)	Karen Machover
Forma de Aplicación	Individual o Colectiva
Duración	15 min. Aprox.
Edad de Aplicación	Niños, adolescentes y adultos
Objetivo	Reflejar en cierto modo una representación o proyección de la propia personalidad y del papel que éste desempeña en su medio ambiente, así como sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad. Evaluar aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto y a su imagen corporal.

Test de Retención visual de Benton	
Autor(es)	Arthur Benton
Forma de Aplicación	Individual
Duración	15 minutos
Edad de Aplicación	De 8 años en adelante
Objetivo	Detección de las anomalías en la percepción visual y las habilidades viso-constructivas.

Test Gestáltico Visomotor de Bender (B.G)	
Autor(es)	Lauretta Bender
Forma de Aplicación	Individual
Duración	Variable, entre 15 a 30 minutos
Edad de Aplicación	Niños(as) , Adolescentes y Adultos
Objetivo	Diagnóstico de problemas de aprendizaje, perturbaciones emocionales y disfunciones neurológicas tanto en niños como en adultos. Determinación del nivel de maduración de los niños y adultos. Desórdenes perceptuales y confusionales.

3.3.2. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

Psicoterapia Grupal:

Actividad psicoterapéutica grupal que se realiza aplicando técnicas gestálticas, dirigida a trabajar los conflictos que presentan los pacientes. Tiene una duración de 2 horas 30' y se realiza 2 veces por semana.

Objetivos:

- Identificar las figuras conflictivas que generan los síntomas que trae el paciente y que ocasionan desadaptación con el medio familiar, social y laboral.
- Favorecer la expresión de las emociones auténticas.
- Reestructuración de los pensamientos y emociones distorsionadas que tiene el paciente e impide su bienestar emocional.
- Lograr el “darse cuenta” o toma de conciencia que favorezca la decisión de nuevas conductas adaptativas.

N° Paso	PROCEDIMIENTO
1	Elección del paciente que será sometido al proceso psicoterapéutico.
2	Elección de la figura de conflicto a trabajar
3	<p>Aplicación de las técnicas para el logro de los objetivos planificados para el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestálticas: Expresivas, supresivas, e integrativas • Psicodramáticas: Caldeamiento, Psicodrama Gestáltico • Análisis Transaccional: Juegos Psicológicos, Análisis de las transacciones
4	<p>Las técnicas aplicadas pasan por las siguientes fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de movilización y expresión de las emociones auténticas. • Identificación del conflicto. • Reconocimiento de los pensamientos distorsionados y de las emociones reprimidas. • Identificación de su responsabilidad en el manejo de sus emociones y conductas desadaptativas en su vida. • Reestructuración de la percepción de sí mismo y de su entorno.
5	Evaluar los avances logrados por el paciente.
6	Evaluar el efecto terapéutico y/o identificación de conflictos en los demás miembros del grupo.

7	Cierre de la Psicoterapia.
8	Evaluación de los miembros del equipo multidisciplinario del trabajo realizado.

Dibujoterapia:

Actividad grupal que utiliza la expresión gráfica como instrumento de diagnóstico y terapéutico. Como actividad diagnóstica facilita el reconocimiento de los conflictos internos del paciente, de sus conductas desadaptativas y sus recursos y potenciales psicológicos. Como actividad psicoterapéutica, el dibujo permite la movilización de emociones relacionados a un conflicto en particular que conllevará al trabajo terapéutico.

Objetivos:

- Identificar conflictos intrapersonales e interpersonales
- Enseñar a manejar adecuadamente sus emociones
- Reestructurar pensamientos irracionales
- Mejorar los niveles de autoestima
- Optimizar la dinámica familiar
- Desarrollar habilidades sociales

N° Paso	PROCEDIMIENTO
1	Distribución del material: Cuadernillos que contienen como temas algunas emociones (Mis Penas, Mi Felicidad, Mis Resentimientos, Mi Miedo. Mi Amor, Tema Libre). Colores y hojas de papel bond.
2	Dar instrucciones.
3	Elección del tema y color a utilizar.
4	Ejecución del dibujo e interpretación de los simbolismos gráficos para la identificación del conflicto.
5	Aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva, dialogal gestálticas.
6	Evaluación de la actividad.
7	Evolución en la Historia Clínica.

Psicoterapia de Cierre:

Es la actividad terapéutica que tiene por finalidad lograr que el paciente disminuya o elimine los remanentes de la tensión producida por el trabajo de sus conflictos durante la psicoterapia a través de técnicas de relajación y de ejercicios orientados a potenciar sus recursos y habilidad que contribuyan al autoconocimiento y autoaceptación.

Se realiza dos veces por semana con una duración de 2 horas después de la Psicoterapia.

Objetivos:

- Reforzar los aspectos positivos del paciente
- Conseguir la relajación personal
- Lograr la expresión de emociones auténticas
- Afianzar la confianza
- Facilitar el autoconocimiento y la autoaceptación

	PROCEDEIMIENTO
1	Preparar el ambiente.
2	<p>Elección de la técnica terapéutica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ronda de confianza - Alzando y meciendo - Caricias verbales - Intercambio de defectos por virtudes. - Exageración de virtudes - Animales en expresión de agresión, alegría y afecto. - “Yo quiero decirte que...” - “Lo que tú no sabes de mi...” - Ejercicios de relajación. - Ronda de “darse cuenta”
3	Se procede a dar las instrucciones propias de cada técnica.
4	Aplicación de la técnica.
5	Se procede a la expresión de sentimientos de los pacientes y de su “Darse Cuenta” que permita incrementar su autoconocimiento.

Terapia Psicológica Individual:

Es una actividad terapéutica cuya finalidad es brindar intervención psicoterapéutica personalizada al usuario de acuerdo a la complejidad de su problemática para complementar el trabajo psicoterapéutico grupal.

El tiempo de duración es de 45 minutos y en tres turnos semanales programados.

Objetivos:

- Brindar atención psicológica personalizada
- Trabajar los eventos traumáticos que interfieren en su vida actual
- Favorecer la toma de decisiones como parte del proceso psicoterapéutico
- Brindar orientación psicológica que de manera específica demanda el paciente

N° Paso	PROCEDIMIENTO
1	Programar la atención del paciente.
2	Facilitar la expresión emocional del paciente.
3	Se aplican las técnicas psicoterapéuticas pertinentes para reestructurar los pensamientos, emociones y conductas.
4	Evaluar y consolidar lo aprendido en la sesión y asignar tareas cuando el caso lo requiera.
5	Al concluir se registrará la intervención y los resultados en la Historia Clínica.

Video Fórum:

Actividad terapéutica que utiliza los medios audiovisuales y el argumento de la película para identificar problemas no resueltos, favorecer el "darse cuenta" de los pacientes e incentivar la comunicación y espontaneidad en el grupo. Así mismo, educamos en aspectos de Salud Mental con fines de prevención brindando orientación psicológica.

Duración de la actividad: 3 horas una vez al mes.

Objetivos:

- Incrementar el autoconocimiento
- Facilitar la identificación de problemas
- Orientar en temas de salud mental
- Favorecer la toma de conciencia de su responsabilidad en su problemática.

N° Paso	PROCEDIMIENTO
1	Seleccionar la película de acuerdo a la incidencia de conflictos en los grupos terapéuticos.
2	Disponer la preparación del ambiente e instalación del equipo y película seleccionada.
3	Señalar los objetivos de la técnica.
4	Anunciar y presentar el contenido la película a proyectar.
5	Proyección de la película.
6	Se procede al análisis de los personajes y argumento de la película.

7	Relacionar los temas propuestos en la película con la problemática de los pacientes.
8	Exposición de las conclusiones y comentario final del psicólogo terapeuta.

Terapia de Pareja y/o Familia:

Actividad terapéutica que se brinda al paciente y su pareja o familia durante el proceso terapéutico.

Tiene una duración de 45' y se realiza una vez a la semana citando a las familias de acuerdo a una programación previa.

Objetivos

- Mejorar el funcionamiento de la familia como sistema
- Detectar las necesidades de atención terapéutica de otros miembros de la familia
- Lograr que el sistema familiar sirva de soporte terapéutico para el paciente

N° Paso	PROCEDIMIENTO
1	Programar la atención a la familia.
2	Facilitar la expresión emocional de los miembros de la familia, evaluar cómo funciona el sistema familiar.
3	Se aplican las técnicas psicoterapéuticas pertinentes para reestructurar las formas de comunicación en la familia, los roles y la organización de La misma.
4	Evaluar y consolidar lo trabajado en la sesión y asignar tareas cuando el caso lo requiera.
5	Al concluir se registrará la intervención y los resultados en la Historia Clínica.

Otras Actividades Asistenciales

Evolución de Historias Clínicas

- Registrar información de la evolución del paciente en las actividades psicoterapéuticas.

Reuniones de coordinación con el Equipo Multidisciplinario.

- Tienen como finalidad programar y evaluar el tratamiento y/o determinar el alta.

Talleres Educativos

- A través de charlas que se programan durante el año en curso.
 - Se busca brindar información sobre temas psicológicos que ayuden a mejorar la calidad de vida del paciente.
-

ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN

Actividades de Capacitación del Servicio de Hospital de Día

- Reuniones quincenales con el objetivo de:
 - Incorporar nuevos avances en las técnicas psicoterapéuticas.
 - Revisar información actualizada en salud mental

Investigación

- Renovar y replantear el tratamiento y técnicas de acuerdo a los hallazgos

IV.- CASO CLÍNICO

ANAMNESIS

1. DATOS DE FILIACION

Nombre : Evangelista Araujo Ana
Edad : 48 años
Fecha de Nacimiento : 09 de Setiembre de 1965
Lugar de Nacimiento : Callao
Estado Civil : Casada
Grado de Instrucción : Superior Incompleta (Técnica en Enfermería)
Ocupación Actual : Digitadora
Centro Laboral : Serpost – Oficina de los Olivos
Evaluado Por : Psicóloga Rosa Tamayo Vargas
Informantes : La paciente

2. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude a consulta por sentirse decaída, tristeza, cefalea, y dificultad para realizar su actividad laboral como antes.

Comienza hace 12 meses con tristeza, rumiaciones “no me alcanza el dinero, estamos con deudas”, anhedonia, desgano de no ir a trabajar (bajó su producción laboral), apatía. Ideas pasivas de muerte y sentimientos de culpa por no haber estado al cuidado de su madre, quien falleció en un asilo con Alzheimer. Presenta además lentitud motora, pesadez, llanto frecuente, insomnio, ansiedad.

Acude a psicóloga julio 2013, sin mejoría, por lo que solicita cita en psiquiatra y comienza tratamiento en enero del 2014 con sertralina 50mg 1 pastilla al día, clonazepam 2mg ½ pastilla en la noche, mirtazapina 30 mg ½ pastilla en la noche, sintiéndose más tranquila, mejora sueño y ganas de realizar sus labores.

Presenta problemas económicos y conyugales.

2.1. Episodios previos al motivo de consulta:

- A los 13 años refiere presentar una “crisis”, por discusión de sus padres, “ya no aguantaba verlos gritar, me puse en medio y gritaba “basta ya”, “estoy harta” y no paraba de llorar”.
- Cuando muere su padre al inicio no llora, en el velorio al verlo en el ataúd recién puede expresar sus sentimientos y se desborda en llanto. “De ahí quede mal”, “no tenía ganas de nada, no quería vivir, como si no existiera”. Este episodio le duró un mes y luego de hablar con un psicólogo vuelve a reanudar su vida habitual. Refiere sentirse culpable por haber estado resentida con su papá por lo del engaño a su madre.
- A los 15 años se entera por su madre que su padre tenía otra familia en la cual tenía 4 hijos cuyas edades coinciden con las de ella y sus hermanos, lo cual le dolió bastante; se queda molesta con su padre por un tiempo, luego lo trata como siempre, pero le queda la interrogante de por qué tuvo ese comportamiento, percibiendo a su madre como víctima.
- Refiere que tuvo varios enamorados, se relacionaba con ellos y luego terminaba, “era cómo castigarlos”, “los hombres eran malos”. “Creo que es por mi mamá, vi su sufrimiento”.
- La madre constantemente mostraba temor frente a los peligros de la calle, era desconfiada en relación a las personas extrañas.
- En el año 2004 se siente afectada por la enfermedad de Alzheimer que presenta su madre, se siente triste y con mucha ansiedad.

3. HISTORIA PERSONAL

3.1. Desarrollo inicial

Nació en Maternidad de Lima, de parto normal.

Desarrollo aparentemente normal. No se acuerda de nada que le hayan dicho que salga de lo esperado, sólo sabe que uso chupón hasta los 4 años. Recibió lactancia materna y siempre la han cuidado bastante.

Padres discutían por problemas económicos, no agresión física.

3.2. Educación

Escolaridad: Rendimiento académico alumna promedio. Refiere mejor rendimiento en primaria que en secundaria. Sus notas eran promedio, la menor nota era de 12 y la más alta 17. La materia de mayor dificultad eran las matemáticas.

Su comportamiento era bueno; decían que era “tranquila”, por lo general se ha conducido obediente con sus profesores, tenía pocas amigas con las que jugaba. Le gustaba y participaba en los deportes.

Después del colegio ella postula a la Universidad Cayetano Heredia para estudiar enfermería, pero no logra ingresar, decidiendo con sus padres estudiar en el Instituto Daniel Alcides Carrión la carrera de Técnica en Enfermería. Estudió el primer año y le fue bien, tenía buenas calificaciones y le agradaba bastante. Al iniciar su segundo año su padre enferma y ya no puede estudiar por factor económico, pues su padre era quien solventaba el hogar, no concluyendo sus estudios.

3.3. Ocupación o trabajo

La paciente manifiesta que a raíz de las dificultades económicas de su familia busca trabajo por periódico y da examen en Serpost, ingresando a trabajar a los 19 años de edad. Se encargaba de envíos, clasificación y reparto de la correspondencia y encomiendas.

En la actualidad es digitadora de los envíos y también atiende reclamos por teléfono.

Se considera buena trabajadora, sus jefes le tienen consideración. Refiere no tener problemas con sus superiores, solo en una oportunidad uno de ellos le gritó en público, lo cual fue observado por sus compañeros; su supervisora le hace la observación de que hable con ese jefe y que aclare los hechos, lo cual hizo, quedando en buenos términos.

En los últimos meses, debido a su estado emocional, su rendimiento disminuye, no tenía deseos de ir a trabajar, lo cual al ser observado es motivo de preocupación. Mantiene apoyo de sus compañeros y superiores frente a su enfermedad.

3.4. Hábitos e intereses

La paciente se define como hogareña, no le gusta salir mucho; por lo general sale acompañada de alguien y tiene temor a que le roben o le pase algo. Sale más con su esposo e hija, tiene pocas amigas. En casa le gusta escuchar música de tipo romántica, suave, que la relaja; y rock en algunas ocasiones. Le gusta cantar y bailar cuando escucha su música. En casa se siente más segura y cómoda.

Actualmente sale al parque pero pocas veces y a insistencia de su hija; le da excusas y prefiere que vaya con su papá. Cuando está con su hijita en casa juega con ella y se siente bien.

3.5. Cambios de residencia

La paciente vivió hasta los 4 años cerca de la avenida Brasil pero no tiene recuerdos de esa vivienda. Luego se mudan a San Miguel en una quinta, recuerda que era bonita, no muy grande pero cómoda, tenía amiguitas y jugaba con niños más pequeños. “Me gustaba estar con los más chiquitos, me gustaba enseñarles”; tenía pocos amigos de su edad. A los 14 años se mudan a Carmen de la Legua, era más cerca al trabajo de su padre, la vivienda era cómoda y estuvo ahí hasta que entra a trabajar y con su madre busca un cuarto cerca de su trabajo. En la actualidad, desde que se casa va a vivir en casa de su esposo y vuelve a Carmen de la Legua; esta vivienda es en una zona urbana, en buenas condiciones, de dos plantas y la comparten con su suegra.

3.6. Enfermedades y accidentes

La paciente refiere que desde los 19 años sufre de gastritis crónica, acude al Hospital Loayza y recibe tratamiento, pero hasta la actualidad presenta molestias, las cuales pasan con el tratamiento y vuelven a aparecer cuando se descuida en su alimentación.

También refiere sufrir de estreñimiento desde joven. Toma salvado y agua azucarada. En la actualidad cuando ingiere algunos alimentos de difícil digestión presenta diarreas “creo que por el estrés”.

En el 2012 es diagnosticada de Artrosis, presenta fuertes dolores en miembros inferiores, no podía caminar, “para subir las escaleras me demoraba, casi me arrastraba”. Mejora con tratamiento y con cartílago de tiburón.

La paciente tuvo dificultades para concebir, se embarazaba y los perdía antes de los dos meses. Tuvo 3 abortos. Le realizan estudios y le diagnostican Síndrome Antifosfolipídico, le dan tratamiento oral con

antioxidantes y otras medicinas cuyos nombres no recuerda. Queda embarazada por cuarta vez, logrando culminar la gestación.

Le realizan cesárea por ser embarazo de alto riesgo por su edad (40 años).

Desde el año pasado presenta aumento del colesterol y triglicéridos.

Recibe tratamiento psiquiátrico desde enero del 2014.

3.7. Personalidad

La paciente refiere que desde niña fue temerosa, vergonzosa, se desenvolvía mejor en grupos pequeños, era de salir poco hasta su adolescencia. También se considera responsable, obediente y respetuosa con la autoridad.

En su juventud fue un poco más sociable pero también con pocas amigas y amigos.

Por lo general realiza las cosas siempre consultando con sus padres y ahora con su esposo.

Considera que se guarda sus sentimientos, le cuesta decir lo que piensa y siente, “me lo callo, todo para mí” en casa como en el trabajo.

Ana, se da cuenta que es muy nerviosa, se asusta fácilmente ante las dificultades.

En la actualidad considera que es renegona, pasiva, cariñosa.

Piensa que los demás la ven como una persona buena, responsable, callada, pero cuando es necesario se defiende “sin gritar ni molestarse”.

3.8. Desarrollo psicosexual

La paciente, refiere haber tenido varios enamorados de relaciones cortas sin sentirse muy comprometida emocionalmente, “los trataba mal”, “como castigarlos”, “son malos” por el sufrimiento que vio en su madre por el engaño del padre.

Tuvo su primer enamorado a los 18 años y duro una semana. A los 19 años empieza una relación con Jesús durante 4 años, él quería formalizar, pero lo ve con otra mujer, duda de él y decide terminar.

Luego, a los 25 años conoce a Jorge y mantienen una relación de dos años, él tenía un hijo de una relación anterior; durante la relación se da cuenta que todavía se vinculaba con la madre de su hijo, hablan y él no define su situación, además se mostraba celoso de su jefe, se ponía en un plano inferior, entonces ella decide terminar la relación. Con esta pareja tiene su primer contacto sexual, expresa haberse sentido bien en esta área.

A los 34 años inicia relación con José Carlos, su actual esposo, quién era su amigo de años. Mantienen una relación armoniosa, es su segunda pareja sexual, se siente bien, presenta varios orgasmos en sus contactos íntimos. En la actualidad por su estado emocional y por cambios hormonales tiene dificultad, presenta sequedad vaginal que dificulta su relación. Ha acudido a ginecología, recibiendo orientación y tratamiento.

3.9. Sueños

La paciente refiere que duerme bien, presenta insomnio a raíz de su episodio depresivo, despertándose a las 2 o 3 de la mañana pensando en los problemas, lo cual ha ido mejorando con el tratamiento. No manifiesta tener pesadillas.

4. HISTORIA FAMILIAR

Padre: Manuel, nació en Lima, era chofer con 6to grado de primaria. Fallecido. Sufría de HTA, Parkinson, falleció por trombosis. Era engreidor con la paciente, pasivo frente a la conducta de la esposa. Después de que la paciente se entera de que tenía otra familia guarda resentimiento hacía él, se aleja un tiempo y luego reanuda su

relación. Sin embargo siempre pensaba “por qué le hizo eso a mi mamá”. Al fallecer el padre se siente mal y culpable por haber estado molesta con él por ese tema.

Madre: Bertha, natural de Lima, con estudios de primaria. Fallecida en Agosto 2013 con Alzheimer y HTA. Era más estricta, impartía las normas en casa y con los hijos. Mostraba desconfianza con personas extrañas, muy preocupada. Se mostraba exigente con ella cuando le enseñaba las cosas y cuando no le salía bien le decía “inútil”. Era una persona que no mostraba mucho sus afectos, lo hacía cuidándolos y preocupándose por que tuvieran todo lo necesario.

La relación entre sus padres inicialmente era buena hasta que su madre descubre que su padre tenía otra relación en forma paralela, desde ahí había problemas constantemente; su madre reclamaba y su padre aceptaba, pasivo frente a su esposa, buscaba formas de calmar las discusiones, traía “pollito para todos”. Sus padres permanecieron juntos hasta que su padre fallece.

Hermanos:

- Ada de 53 años, contadora, casada con un hijo. Sufre de gastritis. Mantienen buena relación, son confidentes.
- Manuel, de 50 años, estudios secundarios, trabaja en imprenta, casado con 4 hijos. Sufre de hipertensión arterial, gastritis y artrosis. Lo considera como a su padre “siempre está pendiente de mí, me trata con cariño, me aconseja”.
- Lilian de 49 años, con 5to de secundaria, trabaja en estudio fotográfico, casada con 2 hijos, sufre de hipertensión arterial y artrosis. Es reservada, de carácter fuerte.
- Walter, de 49 años, con 5to de secundaria, trabaja en serenazgo, casado con 2 hijos, sufre de hipertensión arterial y

gastritis. Es más recto, poco expresivo, su relación con él es más distante.

➤ Ana (la paciente) es la hermana menor.

Tiene otros 4 medios hermanos de la relación paralela que tenía su padre con los cuales no se relaciona.

4.1. Historia marital

La paciente vive en la actualidad con su esposo José Carlos de 41 años. Ellos se casaron en Febrero de 2002, era su mejor amigo, le contaba sus cosas, él la aconsejaba; es hijo único, lo considera alegre, extrovertido, amiguelo, no se hace problemas.

Ellos viven con su suegra, Norma de 72 años, quien los ayuda con el cuidado de su hija. Al inicio de la relación se metía en la relación de pareja, quería opinar y decidir como si Ana fuera también una hija, no respetaba el espacio de esposos, José Carlos habla con ella y mejora la situación.

En la actualidad mantienen buena relación, no suelen discutir, él la anima constantemente y ella busca su apoyo. Tienen problemas económicos por deudas que se fueron acumulando cuando el esposo pierde su empleo, Ana tiene que pedir un préstamo, lo cual genera fuertes descuentos en su ingreso mensual. En el momento actual él ya viene laborando pero su economía es ajustada, han fraccionado sus deudas y tienen compromisos económicos hasta el 2015, esta situación no ha generado desavenencias entre ellos.

INFORME PSICOLÓGICO

I. - DATOS DE FILIACION

Nombre : Evangelista Araujo Ana
Edad : 48 años
Fecha de Nacimiento : 09 de Setiembre de 1965
Lugar de Nacimiento : Callao
Estado Civil : Casada
Grado de Instrucción : Superior Incompleta (Técnica en Enfermería)
Ocupación Actual : Digitadora
Centro Laboral : Serpost – Oficina de los Olivos
Evaluado Por : Psicóloga Rosa Tamayo Vargas
Informantes : La paciente

II. ENFERMEDAD ACTUAL (MOTIVO DE CONSULTA)

La paciente acude a consulta por sentirse decaída, tristeza, cefalea y dificultad para realizar su actividad laboral como antes.

Comienza hace 12 meses con tristeza, rumiaciones “no me alcanza el dinero, estamos con deudas”, anhedonia, desgano de no ir a trabajar (bajó su producción laboral), apatía. Ideas pasivas de muerte y sentimientos de culpa por no haber estado al cuidado de su madre, quien falleció en un asilo con Alzheimer. Presenta además lentitud motora, pesadez, llanto frecuente, insomnio, ansiedad.

Acude a psicóloga julio 2013, sin mejoría, por eso acude al psiquiatra y comienza tratamiento en Enero 2014 con sertralina 50mg 1 pastilla al día, clonazepam 2mg ½ pastilla en la noche, mirtazapina 30 mg ½ pastilla en la

noche, sintiéndose más tranquila, mejora sueño y ganas de realizar sus labores.

Presenta problemas económicos y conyugales.

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS

Paciente adulta, lúcida, orientada en las tres esferas referenciales, conciencia parcial de enfermedad mental. Presenta buen cuidado en su aseo y arreglo personal. Se le observa cohibida, ríe constantemente en forma ansiosa, acata instrucciones, pendiente de tener la aprobación de lo que está haciendo y de su desempeño. Tono de voz bajo, lenguaje claro y coherente. Lloro al narrar su problemática, muestra ansiedad frente a sus problemas.

Colabora con la entrevista y evaluación psicológica.

IV.-EPISODIOS PREVIOS (ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA):

- A los 13 años refiere presentar una “crisis”, por discusión de sus padres, “ya no aguantaba verlos gritar, me puse en medio y gritaba “basta ya”, “estoy harta” y no paraba de llorar”.
- Cuando muere su padre al inicio no llora, en el velorio al verlo en el ataúd recién puede expresar sus sentimientos y se desborda en llanto. “De ahí quede mal”, “no tenía ganas de nada, no quería vivir, como si no existiera”. Le duró un mes y luego de hablar con un psicólogo vuelve a reanudar su vida habitual. Refiere sentirse culpable por haber estado resentida con su papá por lo del engaño a su madre.
- A los 15 años se entera por su madre que su padre tenía otra familia en la cual tenía 4 hijos cuyas edades coinciden con las de ella y sus hermanos, lo cual le dolió bastante; se queda molesta con su padre

por un tiempo, luego lo trata como siempre, pero le queda la interrogante de por qué tuvo ese comportamiento, percibiendo a su madre como víctima.

- Refiere que tuvo varios enamorados, se relacionaba con ellos y luego terminaba, “era cómo castigarlos”, “los hombres eran malos”. “Creo que es por mi mamá, vi su sufrimiento”.
- La madre constantemente mostraba temor frente a los peligros de la calle, era desconfiada en relación a las personas extrañas.
- En el año 2004 se siente afectada por la enfermedad de Alzheimer que presenta su madre, se siente triste y con mucha ansiedad.

V.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Test Gestáltico Visomotor de Bender
- Test de la Figura Humana de Machover
- Inventario Multifásico de la Personalidad de MILLON
- Coeficiente Emocional de Baron

VI. - INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Paciente impresiona con un nivel Intelectual Promedio, adecuada capacidad de abstracción.

No presenta indicadores de compromiso orgánico cerebral.

En el área de personalidad es ansiosa, dependiente, rígida, poco asertiva con baja autoestima. Inmadura emocionalmente.

Reprime la expresión de sus impulsos, no se permite expresar agresividad o cualquier emoción negativa, se conduce dentro de lo establecido socialmente, sus ideas en relación a ello es que debe ser extremadamente

respetuosa y complaciente con los demás para que tengan un buen concepto de ella, siendo por lo general permisiva y pasiva.

Afectivamente dependiente, percibe a los otros como fuente de reforzamiento y seguridad, requiere de la aprobación de las figuras significativas de su entorno para tomar decisiones o actuar, por lo que mantiene fuertes vínculos con aquellos que la sobreprotegen. Por lo general presenta falta de iniciativa, evita asumir responsabilidad adulta, teme equivocarse, no reconoce sus recursos y habilidades para enfrentar.

Su estado afectivo emocional al momento de la evaluación es de tristeza, ansiedad, sentimientos de minusvalía y culpa.

Su estilo de afrontamiento, bajo condiciones de estrés, se caracteriza por la ansiedad, la cual es un rasgo de su persona, y por una falta de intervención activa, minimiza los eventos problemáticos y espera que los demás la apoyen en su solución, siendo indecisa. Tiende a proyectarse en forma negativa al desenlace de los problemas o a fantasear en forma catastrófica sobre hechos cotidianos de su vida.

En sus relaciones interpersonales es responsable, convencional, disciplinada, respetuosa de las normas y de la autoridad, poco espontánea; desea acercarse pero teme ser criticada o rechazada por lo que evita situaciones de confrontación o en las que se siente incómoda, desenvolviéndose con más apertura en los grupos que le son familiares, de lo contrario evidencia timidez y ansiedad.

En el área familiar ha desarrollado relaciones simbióticas con sus figuras parentales guiando su conducta según las exigencias y mensajes dados por ellos, no teniendo una postura autónoma frente a la vida. Mantiene esta forma de vínculo también con su pareja.

Psicosexualmente se identifica con su rol genérico, en la actualidad experimenta cierto temor en su contacto sexual por problemas asociados a la menopausia que dificulta sus relaciones de pareja.

VII.- CONCLUSIONES

- Nivel Intelectual Promedio. Capacidad de abstracción.
- No hay indicadores de Compromiso Orgánico Cerebral.
- Coeficiente Emocional Bajo al Promedio.
- Personalidad dependiente y ansiosa, dificultando una conducta asertiva, objetiva y autónoma con tendencia a ser permisiva y pasiva.
- Socialmente disciplinada, convencional, respetuosa de las normas y de la autoridad.
- Nivel moderado de depresión caracterizada por la tristeza, sentimientos de minusvalía y culpa.

VIII.- PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA

- Eje I : Trastorno Mixto Ansioso Depresivo (F41.2)
- Eje II : Rasgos de la personalidad dependiente
- Eje III : Artrosis (M17.0)
Gastritis (K29)
- Eje IV : Problemas relacionados a la economía (Z59.6)
Problemas conyugales (Z63.0)
- Eje V : EAG=70: Síntomas moderados (actual)

IX.- RECOMENDACIONES

- Resolver en psicoterapia su relación simbiótica con sus figuras parentales
- Trabajar la relación de pareja y el afronte de sus problemas
- Trabajar sus características personales negativas
- Terapia de Pareja

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

En Hospital de Día se utiliza el enfoque gestáltico en el abordaje terapéutico con los pacientes que son hospitalizados en el servicio.

El presente trabajo describirá la intervención en la paciente Ana Evangelista Araujo. Desarrollaremos el modelo teórico para luego describir en la práctica las diferentes técnicas empleadas desde la perspectiva gestáltica.

SUSTENTO TEÓRICO:

La psicoterapia Gestalt es una terapia de corte humanista, cuyo creador fue Fritz Perls, tiene bases en el existencialismo, del cual toma la “libertad” y la “responsabilidad”; en la fenomenología, de la cual rescata que cada persona es única y por consiguiente la perspectiva de su realidad es diferente a la de los demás y plantea la descripción de los fenómenos tal y como se dan; en la filosofía oriental, del budismo Zen se da importancia a lo “obvio”, al presente, al aquí y ahora de la experiencia; y en la teoría de la indiferencia creativa de Friedlander, que contribuye al desarrollo de la integración de las polaridades.

El enfoque Gestalt hace énfasis en la visión que la persona es un ser creativo en constante crecimiento y capaz de guiar conscientemente su comportamiento y de hacerse responsable de guiar su vida. La terapia tiene como objetivo reducir el conflicto, lograr la diferenciación e integración y desarrollar el “Darse Cuenta” de sí mismo y de cómo se relaciona con el ambiente.

PRINCIPALES POSTULADOS DE LA GESTALT

EL DARSE CUENTA (Awareness). Darse cuenta es entrar en contacto, natural, espontáneo, en el aquí y ahora, con lo que uno es, siente y percibe. Existen tres Zonas del Darse Cuenta:

- 1. El darse cuenta del mundo exterior:** Esto es, contacto sensorial con objetos y eventos que se encuentran fuera de uno en el presente, lo obvio.
- 2. El darse cuenta del mundo interior:** Es el contacto sensorial actual con eventos internos, con lo que ocurre sobre y debajo de nuestra piel.
- 3. El darse cuenta de la fantasía, la Zona Intermedia (ZIM):** Esto incluye toda la actividad mental que transcurre más allá del presente: el explicar, imaginar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticiparse al futuro, etc. En Gestalt es la zona donde se encuentran los neuróticos.

EL CICLO DE LA EXPERIENCIA

También se le conoce como el "Ciclo de la autorregulación orgánica", pues se considera que el organismo sabe lo que le conviene y tiende a regularse por sí mismo. Explica el proceso de formación figura/fondo: cómo surgen las figuras de entre el fondo difuso, y cómo una vez satisfecha la necesidad dicha figura vuelve a desaparecer. En el esquema clásico del ciclo se identifican seis etapas sucesivas:

- 1) Reposo:** Estado de equilibrio, sin ninguna necesidad apremiante.
- 2) Sensación:** En la sensación el sujeto es sacado de su reposo porque siente "algo" difuso, que todavía no puede definir.
- 3) Darse cuenta o formación de figura:** Se identifica la necesidad específica y aquello que la satisface, se forma la figura.
- 4) Energetización:** El sujeto reúne la fuerza o concentración necesaria para llevar a cabo lo que la necesidad le demanda.
- 5) Acción:** El individuo moviliza su cuerpo para satisfacer su necesidad y se encamina activamente al logro de lo desea.

6) Contacto: Se produce la conjunción del sujeto con el objeto de la necesidad; y, en consecuencia, se satisface la misma.

BLOQUEOS EN EL CICLO DE LA EXPERIENCIA

Cuando la energía no fluye libremente se da una auto-interrupción de la energía. La Terapia Gestalt busca que el paciente resuelva sus bloqueos y logre cerrar la experiencia.

Postergación: Se ubica en la **fase de reposo**, se utiliza para impedir la continuidad natural de cada momento, cuando la energía se queda bloqueada en esta fase lo que evita es el proceso de asimilación de la experiencia y se impide el reposo.

Desensibilización: Se da entre reposo **sensación**, consiste en bloquear las sensaciones tanto del medio externo como del interno, no sentir lo que viene del organismo.

Proyección: Se da entre sensación y **la formación de figura**. Consiste en transferir lo que uno siente o piensa a los demás. La proyección es la tendencia a hacer responsable al mundo de lo propio, de lo que se origina en uno mismo.

Introyección: Media entre la formación de figura y **movilización de energía** para la acción, se da cuando el elemento introyectado no puede ser traído de nuevo a la consciencia para ser, cuestionado. Permanece en el cuerpo como un cuerpo extraño.

Retroflexión: Se da entre **movilización de energía** y acción. La persona ya no va hacia el entorno, sino que hace de entorno de sí misma, queda autocontenida: se agrede en vez de agredir a los demás.

Deflexión: Se da entre acción y **contacto**. Consiste en establecer un contacto frío, inocuo, no amenazante.

Confluencia: También se da entre acción y **contacto**, debilita los límites de su Yo para fusionarse al otro. Se adoptan así, sin crítica ni cuestionamientos, decisiones, ideas, estilos de vida ajenos.

Fijación: Se encuentra dentro de la fase del **Post-contacto**. Consiste en la necesidad de no retirarse del contacto, lo que lleva a rigidizar los patrones de conducta.

ASUNTOS INCONCLUSOS

Los asuntos inconclusos son básicamente producto de situaciones pasadas o conflictos intra-psíquicos no resueltos. Los sentimientos no expresados a las personas significativas son asuntos inconclusos que a menudo están relacionados con situaciones de intimidad y control, y especialmente tienen que ver con el maltrato en la infancia o situaciones traumáticas del pasado provocadas por una persona significativa (Greenberng et 1993). La no resolución puede implicar a otras personas o algunos aspectos de uno mismo. Cuando las personas no actúan adecuadamente para hacer un cierre, no pueden olvidar las acciones que han ocurrido en el pasado, o no las aceptan, entonces son incapaces de funcionar de forma sana y enérgica. Nuestro equilibrio emocional, nuestra armonía, no pueden lograrse y desarrollarse si no logramos identificar y cerrar las diferentes Gestalten de nuestra existencia.

TECNICAS GESTÁLTICAS

A) Técnicas Supresivas: Están orientadas a detener la evitación del paciente.

- ❖ Es aceptar el aquí y el ahora.
- ❖ Evitar la explicación, justificación, comentarios, rituales.
- ❖ Se busca que el paciente apague su “computadora mental” para tener la disponibilidad para vivenciar lo que le sucede en el presente.

B) Técnicas Expresivas: Favorecen los contenidos de la conciencia genuina a través de la expresión de los impulsos, sentimientos y acciones.

Considera 3 principios:

- 1) Expresar lo no expresado. Puede utilizarse:

- ✓ La minimización de clichés y verborreos
- ✓ Maximizar la expresión utilizando situaciones no estructuradas o no esperadas por el paciente
- ✓ Preguntar por lo que siente

2) Terminar o completar lo expresado. Pueden revisarse emociones escondidas o latentes para favorecer la expresión directa. Se puede utilizar:

- ✓ Repetición
- ✓ Exageración
- ✓ Traducir
- ✓ Actuación e Identificación

C) Técnicas Integrativas: Facilitan la escucha y asimilación de las voces conflictivas internas. Su objetivo es integrar las partes alienadas del individuo. Se dividen en las siguientes fases:

- ✓ Encuentro Interpersonal: Se trata de que las distintas funciones del Yo se pongan en contacto y dialoguen entre sí.
- ✓ Asimilación de lo proyectado: Es cuando se incorpora lo alienado o disociado, reconociendo como parte de su experiencia lo que ha rechazado.

METODOLOGIA DE TRABAJO:

El presente programa de intervención se llevará a cabo bajo la modalidad de terapias grupales vivenciales y dialogales, estas terapias están distribuidas a lo largo del día en terapias de integración y de movilización o calentamiento, trabajo de conflictos y terapias de cierre.

Las intervenciones terapéuticas se han llevado a cabo básicamente a través de la Psicoterapia Central, Dibujoterapia, Video Fórum, terapia de Cierre y además del abordaje individual y de Pareja.

DURACIÓN: El tratamiento se llevó a cabo durante 50 los días que duró su hospitalización.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

DATOS DE FILIACIÓN DE LA PACIENTE

Nombre	: Evangelista Araujo Ana
Edad	: 48 años
Fecha de Nacimiento	: 09 de Setiembre de 1965
Lugar de Nacimiento	: Callao
Estado Civil	: Casada
Grado de Instrucción	: Superior Incompleta (Técnica en Enfermería)
Ocupación Actual	: Digitadora
Centro Laboral	: Serpost – Oficina de los Olivos
Evaluated Por	: Psicóloga Rosa Tamayo Vargas
Informantes	: La paciente

ENFERMEDAD ACTUAL (MOTIVO DE CONSULTA)

La paciente acude a consulta por sentirse decaída, tristeza, cefalea y dificultad para realizar su actividad laboral como antes.

Comienza hace 12 meses con tristeza, rumiaciones “no me alcanza el dinero, estamos con deudas”, anhedonia, desgano de no ir a trabajar (bajó su producción laboral), apatía. Ideas pasivas de muerte y sentimientos de culpa por no haber estado al cuidado de su madre, quien falleció en un asilo con Alzheimer. Presenta además lentitud motora, pesadez, llanto frecuente, insomnio, ansiedad.

Acude a psicóloga julio 2013, sin mejoría, por eso acude al psiquiatra y comienza tratamiento en Enero 2014 con sertralina 50mg 1 pastilla al día, clonazepam 2mg ½ pastilla en la noche, mirtazapina 30 mg ½ pastilla en la noche, sintiéndose más tranquila, mejora sueño y ganas de realizar sus labores.

Presenta problemas económicos y conyugales.

OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS

Paciente adulta, lúcida, orientada en las tres esferas referenciales, conciencia parcial de enfermedad mental. Presenta buen cuidado en su aseo y arreglo personal. Se le observa cohibida, ríe constantemente en forma ansiosa, acata instrucciones, pendiente de tener la aprobación de lo que está haciendo y de su desempeño. Tono de voz bajo, lenguaje claro y coherente. Lloro al narrar su problemática, muestra ansiedad frente a sus problemas. Colabora con la entrevista y evaluación psicológica.

Fase Inicial de la Intervención Psicoterapéutica: De integración, desarrollo del “Darse Cuenta”, detectar conflictos.

En las primeras sesiones, se establece un clima de confianza, se orienta a las reglas de la Gestalt que enmarcaran el trabajo terapéutico y tienen por objetivo ayudarnos a sacar a luz las resistencias, a promover una mayor toma de conciencia, a facilitar el proceso de maduración. Se busca también ejercitar la responsabilidad individual: Estas reglas son

- ✓ El principio del Aquí y Ahora
- ✓ Hablar en primera persona
- ✓ La relación yo-tú
- ✓ El "no puedo" se reemplaza por "no quiero"
- ✓ No murmurar
- ✓ Mantener el Secreto Grupal
- ✓ **Traducir las preguntas en afirmaciones**
- ✓ No aconsejar al otro, cada uno tiene su proceso
- ✓ No interpretar la experiencia de los compañeros

Técnicas Aplicadas:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ De presentación ✓ Ronda de Confianza ✓ Dialogales

En la primera semana la paciente se logra integrar al grupo, empieza a utilizar el lenguaje en primera persona, toma conciencia de que esquiva la mirada, sonríe cuando narra su problemática, se da cuenta de su inseguridad, timidez y ansiedad frente al contacto interpersonal.

Fase de Intervención en las áreas de conflicto:

1) Sesiones psicoterapéuticas a nivel Afectivo-Emocional:

Creencias o Pensamientos Perturbadoras (Introyectos): Se explora los proyectos paternos que fueron introyectados por Ana.

Objetivo Se busca evitar juicios de valor y los calificativos, alejarse del perfeccionismo, del “adecuado” y lo “correcto”, del “debo/no debo” en vez de “quiero/no quiero”. Para reducir la ansiedad, quedarse sólo con lo que realmente desea para sí.

En la paciente encontramos los siguientes pensamientos:	“No puedes sola” “El mundo es peligroso” “Eres inútil” “Los hombres son Malos”
Figura relacionada a estos pensamientos	Figura Materna

Técnicas: Se utilizaron las siguientes técnicas
<ul style="list-style-type: none">✓ Dialogales✓ Análisis de pensamientos distorsionados: Cuestionar su validez, trabajar las generalizaciones y predicciones negativas.✓ Mejorar las zonas de relación: disminuir la zona de la fantasía (Zona de los temores y fantasías catastróficas) y acrecentar contacto con la zona interna y externa.

En las sesiones se logra que la paciente discrimine entre lo “Obvio e Imaginario”; es decir, que se cuestione sus temores imaginados de los riesgos reales en su relación con el mundo exterior, que tome contacto con sus recursos como persona adulta para enfrentar situaciones de riesgo. Identifica que estos pensamientos los aprendió de su madre, a quién percibe muy preocupada y estricta.

En una sesión de Dibujo terapia escoge el tema mi Miedo, expresa tener temor a salir, a cometer errores, busca siempre compañía o delega en el esposo tareas de cierto riesgo, como ir al banco. Se le pregunta qué es lo peor que puede pasar, señala que le pase algo malo, como que le roben o que haga mal los pagos o algún trámite. Al ir confrontando sus ideas se da cuenta que desde niña fue muy cuidada y su madre no la dejaba salir y prefería que todo lo hicieran en casa y cuando salían a otros lugares daba siempre muchas recomendaciones. Se analiza el mensaje que tomó de ella e identifica “que el mundo o los otros pueden ser peligrosos”, y que no se siente fuerte y capaz de enfrentar las situaciones de responsabilidad, inclusive el cuidado de su hija cuando la lleva al parque.

Proyecciones:

Objetivo: Lograr que la paciente perciba en forma objetiva la realidad, que la acepte, que reconozca y se responsabilice por lo que siente y piensa, que diferencie lo propio de lo de los demás.

En la paciente encontramos	“Los problemas me ponen mal” “Me puse mal por el estrés laboral” “Hago lo que ellos quieren” “El temor no me deja salir sola” “Cuando me dicen las cosas me pongo mal” “Siento que no hay solución”
----------------------------	---

Técnicas
<ul style="list-style-type: none">✓ Trabajar con el Aquí y Ahora, llevarla a un contacto más estrecho con el ambiente y con mayor consciencia del presente.✓ Terapias dialogales✓ Preguntas: ¿cómo? Confrontarla con la realidad, solo cuando la persona se hace responsable de lo que piensa y trabaja en pensar en forma apegada a la realidad, lo más probable es que pueda controlar sus emociones y conductas negativas.✓ Diferenciar entre pensamiento y sentimiento: objetivo es recuperar el control de sus pensamientos y por lo tanto de sus sentimientos.✓ Recuperar proyecciones en las sesiones terapéuticas

En las sesiones psicoterapéuticas se logra que la paciente asuma la responsabilidad de su sentir en relación a como es su percepción de

sí misma y de su entorno, tornándose más realista y diferenciando su sentir de sus pensamientos. Empieza a tomar control de sí misma.

Autoestima:

Objetivo: Favorecer la evaluación objetiva de sus capacidades, potencialidades y de sus limitaciones. Lograr el bienestar, el equilibrio, la salud, el respeto, confianza en sí misma y que asuma la responsabilidad de su vida, de sus actos y las consecuencias que éstos pueden generar.

En la paciente encontramos	Baja Autoestima, insegura, con desconfianza en sus propias capacidades, tiende a maximizar sus dificultades y a no percibir sus cualidades y potencialidades.
----------------------------	---

Técnicas
<ul style="list-style-type: none">✓ “Intercambio de defectos por virtudes”✓ “Listado de Virtudes”✓ Prioridad Afectiva✓ Técnicas Expresivas

En las sesiones iniciales su autoevaluación es pobre, se le deja tareas como el listado de virtudes y logros en su vida. Durante el proceso psicoterapéutico la paciente logra reconocer sus cualidades, revalora los logros obtenidos por ella, acepta sus limitaciones. También aprende a priorizarse cuidando su salud, confiando en ella, escogiendo libremente todo aquello que es satisfactorio para ella y para su entorno. Mejora en la expresión de su afecto con su familia.

Dependencia o Confluencia:

Objetivo: La paciente debe lograr una conducta más autónoma, para la toma de decisiones, diferenciándose de aquellos mandatos que recibió en su infancia. Lograr que se sienta cómoda con sus pensamientos y creencias sobre cómo debe guiar su conducta y su vida. Reforzar su identidad.

En la paciente encontramos	Dependencia de sus figuras parentales, ha seguido fielmente sus enseñanzas, confunde el afecto con lealtad. Es pasiva y sumisa frente a ellos y en su relación con los demás y en la actualidad con su esposo. Delega su responsabilidad “Me dijeron”, “él sabe cómo hacerlo, yo no”, “así me enseñaron”
----------------------------	--

Técnicas
<ul style="list-style-type: none">✓ La Oración Gestáltica✓ Trabajar el Autoapoyo y Autoconocimiento✓ Técnicas dialogales para trabajar su responsabilidad en su sentir, pensar y actuar y separarlos de la conducta de los demás.

La paciente durante el proceso de terapia va asumiendo la responsabilidad de su sentir, después de diversas intervenciones asume un papel más activo en su vida, se siente más confiada y segura, en el grupo cambia su actitud, siendo más firme. Diferencia el apoyo del esposo de tenerlo como un elemento contrafóbico a sus temores de desenvolverse sola.

Ansiedad:

Objetivo: Lograr en la paciente el control de sus pensamientos, que se tornen más realistas, identificar sus pensamientos distorsionados que la llevan a tener ideas catastróficas de su futuro y de su mundo. Favorecer una conducta más espontánea, activa y auténtica. Que logre el control de las manifestaciones somáticas de la ansiedad.

La paciente presenta	Un comportamiento ansioso como rasgo de su personalidad, presenta fantasías catastróficas y sintomatología física como gastritis e intestino irritable.
----------------------	---

Un elemento importante en esta área también es su conducta evitativa o Deflexión.

En la paciente encontramos	Tiende a sonreír frente a lo que le genera ira o ansiedad. Evita asumir responsabilidades, deja que las asuma el esposo.
----------------------------	---

Técnicas
<ul style="list-style-type: none">✓ Trabajar con la zona de la fantasía. ¿Qué es lo peor que te puede pasar?✓ Técnicas supresivas✓ Técnicas de Relajación

En las sesiones de terapia se le enseñan técnicas de relajación para el manejo de sus molestias somáticas y se utiliza la respiración

diafragmática para facilitar su intervención en las diferentes sesiones psicoterapéuticas. También se utiliza vivir en el “Aquí y ahora” para evitar se ubique en el futuro incierto y se contacte en el presente con sus emociones. Se le confronta con sus temores, por ejemplo frente a no salir sola a realizar pagos o trámites o con su hija, identificando cuando sí hay riesgos y se deben tomar medidas de seguridad y cuando son situaciones que ella puede manejar.

2) Área Familiar: Conflictos Centrales: Se trabajaron figuras parentales y pareja.

Sesión Psicoterapéutica de la Figura Materna

Técnica Integrativa: Silla Vacía

En una primera fase se motiva a que la paciente exprese sus reclamos y resentimientos hacía su madre: Le dice “eres dura, estricta”, “me manejabas con la mirada”, “me gritas”, “te tenía miedo”, “estoy resentida porque me dijiste que mi padre tenía otra familia, yo adoraba a mi padre”, “por ti le tuve cólera”, “siempre peleabas con él, no quisiste ni ir a su velorio cuando murió”. “Por ti soy miedosa, dependiente”, “siempre estabas preocupada y no me dejabas sola”, “me sobreproteges demasiado”.

Luego asume el rol de su madre y facilitamos que identifique el contexto en el que surgen las conductas de la madre. Explica que la madre recibió una crianza muy estricta y autoritaria por parte de su padre y no tuvo figura materna, murió cuando era niña. Pensaba que esa era la forma de educarlos bien y era muy protectora por dar a sus hijos lo que no tuvo de niña (la protección materna). Explica que no pudo aceptar la realidad de su situación de pareja y que no se separa por temor a quedarse sola y que sus hijos sufrieran lo que ella sufrió cuando se quedaron sin mamá.

En el rol de su madre también se favorece que asuma lo que le corresponde ya como adulta en mantener una conducta temerosa y tímida, en ese rol le señala a Ana que era una niña capaz que cuando le llamaba la atención era porque no le hacía caso, era muy engreída, sobre todo cuando estaba su padre presente.

Finalmente la paciente vuelve a ocupar su posición y se da cuenta que como adulta puede enfrentar situaciones, que utiliza su enfermedad para que la engría su pareja, cómo la engreía su padre; que con su timidez y temores está evadiendo responsabilidades como adulta y que su madre dio lo mejor de ella y le mostro una imagen de fortaleza, que su preocupación estuvo dirigida a hechos puntuales y no en forma abierta.

Logra diferenciar las conductas de su madre de las de ella, entender la intención de su madre en el estilo de crianza, separar la relación de sus padres como pareja y la relación de ella como hija.

Sesión Psicoterapéutica de la Figura Paterna

Técnica Integrativa: Silla Vacía

Se facilita que la paciente exprese sus sentimientos a su padre, ella le dice “tú eras mi Dios, lo mejor que yo tenía, tú me engreías, tú eras mi alegría”. Luego le reclama: “por ti se malogro la familia, me sentí mal al saber que tenías otra familia, por ti (en relación a sus primeras parejas) castigué a los hombres, porque vi sufrir a mi mamá”. En relación a su muerte dice: “cuando moriste no te quería ver en el cajón, no podía aceptar que estés ahí, por mucho tiempo no tenía ganas de vivir, me quería morir porque ya no estabas, yo te quería mucho, perdóname por haberme molestado contigo”.

Luego se le pide que asuma el rol de su padre. Desde este rol identifica características de su padre como que evade los problemas, minimiza las situaciones conflictivas, era dependiente, irresponsable.

Expresa su preocupación por ser buen padre dando afecto y enseñanzas para que le vaya bien en la vida, se disculpa por no resolver lo de su pareja y delimita que es un tema de la pareja y no de ella, reconoce y valora las fortalezas y capacidades de Ana para ser autónoma y asumir la responsabilidad de su vida. También en este rol le expresa su afecto y le pide que acepte su muerte y en este momento se le indica que diga la frase “yo estoy muerto y tú estás viva”.

Se le pide que vuelva al rol de Ana y que exprese lo que se da cuenta, señalando que identifica conductas similares entre ella y su padre: evitar y minimizar los problemas, y la conducta dependiente. Expresa sentirse más aliviada y dispuesta a valorar su vida en el presente y a ser más adulta.

Sesión Psicoterapéutica con la Pareja

Técnica Integrativa: Silla Vacía

La paciente hace reclamos a su pareja “eres muy confiado, te postergas, piensas en los demás”, “no confías en mí, los problemas que tenemos tú los quieres resolver”. Luego de estimularla para que exprese todo lo que siente logra señalarle “estoy resentida porque te has metido en deudas y por eso estamos muy mal económicamente”, “dices que ya lo vas a resolver y cómo estamos, por ti pedí préstamos y ahora casi no saco sueldo”, “te veo mal, no duermes, estas irritable, a veces no quieres ni hablar”.

Al tomar el rol de su pareja le señala que no le habla, ni le pide ayuda para resolver los problemas porque “te pones nerviosa, te pones mal, lloras y sólo dices que pasará”. Al preguntarle cómo la ve, señala “te veo niña, enfermiza, incapacitada, pasiva”. Estando aún en este rol identifica que su pareja es sobreprotector, siempre ha asumido

responsabilidades en su familia de origen, que se siente solo y autosuficiente, lo cual no favorece que pida ayuda.

Se le pide que vuelva a ser Ana, y expresa que no está asumiendo su rol como esposa, asume su responsabilidad en no haber expresado sus puntos de vista en lo económico, explica que la decisión del esposo en cuanto a las deudas fue por sentirse presionado al no tener trabajo en ese tiempo y pensar que él solo tenía que resolver las cosas, se da cuenta que adopta una posición infantil y lo deja con toda la responsabilidad.

3) A nivel Interpersonal

Conducta no asertiva

Objetivo: Lograr que la paciente exprese en forma asertiva sus pensamientos y emociones, que muestre autoafirmación frente a los demás, que reclame sus derechos y exprese su inconformidad cuando sea necesario.

La paciente presenta	<ul style="list-style-type: none">✓ Habla en voz baja✓ Tiene dificultad para pedir o exigir✓ Conducta sumisa y pasiva frente a los demás
----------------------	--

Técnicas
<ul style="list-style-type: none">✓ Técnicas Dialogales✓ Trabajo con el estrato fóbico✓ Se le elige de coordinadora de su grupo

La paciente logra identificar qué pensamientos interfieren en la expresión directa de sus sentimientos y necesidades. Identifica que cree que los demás se pueden enojar al decirles que “no” o expresar su inconformidad frente a algún tema o al pedir algo para ella. Se da cuenta que también tiene derechos, que no todas las personas responderán igual, que ser educada y respetuosa como le enseñaron no significa ser siempre condescendiente con los demás. En su relación con el grupo gradualmente mejora en su rol de líder, expresándose con más firmeza y con un tono de voz más firme, haciéndose escuchar.

En una sesión de terapia cuando expresa su dificultad de expresar lo que siente o piensa se le pide hacer el ejercicio de señalar a sus compañeros algo que no les agrade de ellos, lo realiza con mucha dificultad, expresa sentirse incomoda con pena si alguien se siente mal por sus palabras. Se confronta con el grupo y muchos le agradecen su sinceridad, otros le dicen que los hace reflexionar, una de las pacientes sí se muestra sensible a sus palabras. Se da cuenta que las personas reaccionarán de acuerdo a su forma de pensar no necesariamente por sus palabras, que si lo dice en forma asertiva le permite mejorar sus relaciones. Al evaluar cómo se siente después de este ejercicio, expresa sentirse más liviana y con deseos de expresarse con más libertad con su familia.

SEGUIMIENTO Y CONTROL

Se hará un control periódico cada 3 meses con el objetivo de reforzar y dar soporte al proceso de cambio. Así mismo al evaluarlos si es necesario se indicarán estrategias terapéuticas de apoyo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BILBAO MAYA, Angie.

2010 Gestalt para la Ansiedad. México.Edit. Alfaomega.

GARCIA LICEA Fernando

2009 Gestalt, Procesos Básicos en Psicoterapia. 2da Edición.
México.Manual Moderno.

SALAMA PENHOS, Héctor.

2000 Encuentro con la Psicoterapia Gestalt, Proceso y Metodología .
México. Manual Moderno.

EsSalud, HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS.

Manual de Organización y Funciones del Servicio de
Hospitalización Parcial- Salud Mental.

EsSalud, HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

Manual de Organización y Funciones del Servicio de Psicología
del HNERM